FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — # THÈSE № — 123

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Décembre 1904, à 1 heure

PAR

A.-P. PUYO

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Des Névrites Gravidiques

Président : M. PINARD, *professeur*.

Juges : MM. TERRIER, *professeur*
LANDOUZY, *professeur*
TEISSIER, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PA

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRI NDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.)
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES MAITRES DE PARIS

MESSIEURS :

QUÉNU (bénévole)
GILBERT (stagiaire)
PICQUÉ (externe)
DANLOS (externe)
DEMOULIN (externe)
MÉRY (externe)
ŒTTINGER (externe)
BLUM (externe)
BAR (stagiaire)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

Des Névrites Gravidiques

DÉFINITION

Au cours de la grossesse, on peut observer des névrites dues à des causes multiples, ne différant pas d'ailleurs des causes habituelles des névrites, la femme enceinte n'étant à l'abri ni des infections, ni des intoxications exogènes. Nous nous proposons de décrire, non pas toutes les névrites que l'on peut rencontrer chez une femme enceinte, mais seulement celles qui ne semblent reconnaître d'autre cause que la gravidité.

Ces névrites gravidiques ont été déjà décrites sous le nom de névrites puerpérales. Mais, sous ce nom, on a compris dans une même description aussi bien les névrites observées au cours de la grossesse, que celles qui sont survenues après l'accouchement. Actuellement les cas de névrite observés au cours de la grossesse sont assez nombreux pour mériter une étude à part et il convient, au point de vue clinique,

de démembrer l'ancien groupe des polynévrites puerpérales.

De même, au point de vue pathogénique, on doit également établir cette scission entre les névrites observées après l'accouchement et les névrites gravidiques : en effet, les premières sont surtout dues à l'infection, les secondes à l'intoxication, ainsi que nous le verrons plus tard.

HISTORIQUE

L'histoire des névrites gravidiques est intimement liée à celle des névrites puerpérales. Dans cette étude, il serait donc peu rationnel de les séparer. Toutefois, nous signalerons rapidement les cas de névrite puerpérale qui ont été rassemblés, et nous nous attacherons surtout à séparer et à bien mettre en relief tous les cas de névrite gravidique publiés et étudiés jusqu'à ce jour.

L'existence des troubles moteurs et sensitifs au cours de la grossesse, comme après l'accouchement, n'avait point échappé aux anciens auteurs, puisqu'ils avaient été signalés par Hippocrate. Mais, sans pousser plus loin l'analyse, ils faisaient rentrer dans le cadre des paralysies puerpérales, toutes les paralysies survenant au cours de la grossesse ou succédant à un accouchement récent, sans en chercher la raison pathogénique.

La première étude importante des paralysies observées au cours de la grossesse a été faite par le Dr Lever

en 1847 (1). Avant lui, le Dr Campbell (2) consacra une courte notice à la paralysie des extrémités pelviennes au cours de la grossesse, qu'il attribua d'ailleurs à la compression des grands nerfs sacro-sciatiques par la tête fœtale.

Le mémoire du Dr Simpson (3), paru la même année que le travail de Lever, signale, comme l'avait déjà fait ce dernier auteur, la coexistence des symptômes suivants : l'albuminurie, les convulsions, les névralgies des extrémités, les paralysies locales, les troubles fonctionnels de la vue (amaurose), de l'ouïe, avec ou sans œdème des membres. Simpson signala même quelques cas de paralysies sans que la femme ait présenté de l'albuminurie.

Le Dr Churchill (4), dans son *Traité des maladies des femmes*, rassembla plusieurs observations de paralysies au cours de la grossesse, mais, confondit dans une même description les paralysies d'origine centrale, les paralysies d'origine périphérique et mê-

1. Lever. *Guy's Hospital Reports*, 1847.

La première observation du travail de Lever nous intéresse particulièrement. L'influence de la grossesse sur la paralysie est nettement déterminée : Obs. I. Femme de 26 ans, troisième grossesse ; au deuxième mois survint une hémiplégie partielle croisée : Légère déviation de la bouche du côté droit ; paralysie du bras droit et du membre inférieur gauche ; disparition complète après l'accouchement. Reproduction des mêmes phénomènes dans quatre nouvelles grossesses peu après le début de la conception.

2. Campbell, *Midwifery*, p. 406.

3. Simpson. *Edimb. med. and surg.* J.

4. Churchil. *Traité des maladies des femmes*. T. II, 1866.

Cet auteur cite : Observation de Lever, Simpson, Crosse de Norwich, Beatty, Mac Clintock, Forrest, Ley, Ireland. Il a ainsi rassemblé 36 observations de paralysies diverses.

me des paralysies hystériques. Citons encore les travaux de Imbert-Goubeyre (1) qui admet, comme Churchill, qu'il s'agit dans tous les cas de paralysies urémiques, les thèses de Maringe (2), Bianchi (3). En 1868, paraît la thèse de Frogé (4). Cet auteur admet que dans certains cas, l'utérus gravide peut réagir sur les centres nerveux par les seuls phénomènes physiologiques dont il est le siége, au point de déterminer des troubles profonds : c'est la première fois que cette idée est exprimée nettement. Charpentier (5) publie, en 1872, un mémoire très intéressant et très complet. En 1877, paraît la thèse de Darcy (6).

Mais ce n'est que grâce aux recherches contemporaines, portant sur le système nerveux, qu'il a été possible de classer les différentes variétés de maladies nerveuses survenant au cours de la puerpéralité, et de séparer celles qui ont évolué pour leur propre compte, de celles qui ont pu se développer à la faveur de la gestation ou de l'accouchement : ces paralysies seules ont mérité de porter le nom de paralysies puerpérales.

C'est en 1886, que Kast (7) publia la première obser-

1. Imbert-Goubeyre. *Des paralysies puerpérales*. Mém. Ac. de méd. 1861, t. XXV, 1 à 76.

2. Maringe. *Des paralysies puerpérales*. Th. Paris, 1867.

3. Bianchi. Thèse Paris, 1867.

4. Frogé. *Etude de pathogénie sur quelques troubles de la grossesse*. Th. Paris, 1868.

5. Charpentier. *Contribution à l'étude des paralysies puerpérales*, 1872.

6. Darcy. Thèse Paris, 1877.

7. Kast. *Ueber degenerative Neuritis* (*Deutsch. Archiv. Klin Med.*, 1,1886).

vation de polynévrite puerpérale. Cette observation passa presque inaperçu et ce n'est que grâce aux premières publications de Möbius (1), que la polynévrite puerpérale fut bien connue. Ce travail, qui comprend sept observations, parut en 1887.

Mais il ne s'agissait là que de polynévrites consécutives à un accouchement récent.

En 1889 paraissent les observations de Desnos, Joffroy et Pinard (2) et de Whitfield (3) : ce sont les deux premières observations de polynévrite gravidique publiées.

L'observation de Desnos, Joffroy et Pinard est absolument typique. Ces auteurs insistent bien sur la coexistence de la polynévrite généralisée et d'autres symptômes d'intoxication, en particulier, les vomissements. L'accouchement provoqué fut jugé nécessaire et la malade guérit.

Moins caractéristique est l'observation de Whitfield : quelques troubles sensitifs et parétiques apparurent dans les derniers temps de la grossesse, et les symptômes de polynévrite ne se montrèrent au complet qu'après l'accouchement. Pourtant Whitfield remarqua bien la coexistence des symptômes parétiques et des vomissements et il se demanda même s'il ne devait pas provoquer l'accouchement.

1. Möbius. *Beitrage zur Lehre von sur Neuritis puerperalis. Münchner med. Woch.*, (N° 14, 1890).
2. Desnos, Joffroy et Pinard. *Ac. de Méd.*, 27 nov. 1888.
3. Whitfield. *The Lancet*, t. 1, p. 13, 1889.

En 1890 parut l'observation de Polk (1). Au cours d'une deuxième grossesse, une femme âgée de 36 ans fut prise de vomissements incoercibles, puis de polynévrite généralisée, compliquée de troubles cérébraux consistant surtout en hallucinations, d'incontinence d'urine et enfin, la malade mourut deux mois après le début de sa polynévrite.

Une vérification anatomique montra l'intégrité de la moelle : Polk mit tous ces accidents sur le compte de la toxémie.

La même année, Korsakoff (2), insiste sur le délire qui accompagne les polynévrites puerpérales ; il cite plusieurs cas de polynévrite puerpérale et un cas de névrite gravidique développé dans les derniers temps d'une grossesse.

En 1891 paraît la thèse de Tuilant (3), qui constitue le premier travail d'ensemble qui ait été fait sur les polynévrites puerpérales. A partir de ce moment, l'attention est surtout attirée du côté des névrites consécutives à l'accouchement et les observations se multiplient.

Il paraît ainsi successivement : en 1891, une observation de Korsakoff (4), avec examen microscopique (il y avait surtout une névrite parenchymateuse du

1. Polk. *Mania und multiple neuritis in pr egnancy. Med. Rev.*, 1890, p. 526.
2. Korsakoff. *Archiv. für psychiatrie*, 1890.
3. Tuilant. *De la névrite puerpérale*, thèse de Paris, 1891.
4. Korsakoff. *Archiv. für psychiatrie*, 1891.

phrénique), le travail de Hansford (1), une observation du Dr Devic (2), de Lyon ; en 1892, trois observations de Möbius (3), et une publication de E. Sottas et J. Sottas (4), dans la *Gazette des hôpitaux*.

Le quatrième cas de polynévrite gravidique est publié par Solowjeff (5) en 1892 : cette observation fut suivie d'une vérification anatomique.

L'anatomie pathologique venait ainsi compléter la description clinique de la névrite gravidique.

Depuis les observations de polynévrite puerpérale et gravidique se sont multipliées :

Nous citerons les cas de polynévrite puerpérale publiés par Mills (6), Luntz (7), Bernhardt (8), Eulenburg (9) qui rassemble trente-huit observations de névrite périphérique dans lesquelles se trouvent comprises une ou deux observations de polynévrite observées au cours de la grossesse.

Les polynévrites gravidiques ont également attiré l'attention des cliniciens : En 1893, Stiefeld (10) publie une observation. En 1895, le Dr Vinay (11) en publie une

1. Hansford. *Le puerperium comme facteur étiologique de la névrite multiple* (*Brit. med. Journal*), 28 nov. 1891.
2. Devic. *Province médicale*, nos 9 et 10.
3. Möbius. *Münch. med. Woch.*, 1892.
4. J. Sottas et E. Sottas. *Gaz. méd. des Hôp.* 1892.
5. Solowjeff. *Med. oboz*, t. XXXVII, p. 11 (en russe), 1892.
6. Mills. *University med. Magasiny*. mai 1893.
7. Luntz. *Deutsch med. Woch.*, n° 47, 1894.
8. Bernhardt. *Deutsch med. Woch.*, n° 50, 1894.
9. Eulenburg, *Deutsch med. Woch.*, n° 8, 1895.
10. Stiefeld. *N. J. Polyclin.*, 1893.
11. Vinay. *Lyon méd.*, 1895, 27 décembre.
Nouvelles Archives d'Obst. et de Gynécologie, 1895, p. 463.

autre qui ressemble beaucoup à celle de Whitfield, car la névrite ne fut vraiment bien constituée qu'après l'accouchement. La même année parurent les cas de Mader (1), Stembo (2). En 1896 Elder (3), Parker (4) publient trois observations de névrite gravidique localisée, type supérieur. En 1896, paraît la thèse de Bayle (5). Johannsen (6) publie une autre observation la même année. En 1903, Mann (7) apporte encore un cas personnel.

En 1904, alors que nous étions l'externe de M. Œttinger, il nous a été donné de suivre et d'étudier un cas de névrite gravidique. C'est l'observation de cette malade qui a été présentée à la Société d'obstétrique de Paris (8) et qui fait l'objet de notre thèse. Cette communication fut suivie d'une dernière observation MM. Cathala et Trastour.

Nous avons rassemblé quatorze cas de névrite gravidique. C'est sur ces quatorze cas que nous établirons notre type clinique.

1. Mader. *Wiener klin. Woch.*, (nos 30 et 31), 1895.
2. Stembo. *Deutsch med. Woch.*, n° 29, 1895.
3. Elder. *Lancet*, 232, T. II, 1896.
4. Parker. *Lancet*, 412. T. II, 1896.
5. Bayle. Thèse de Lyon, 1896.
6. Johannsen. « *Beitrag zur Polyneuritis in graviditate* » *Münchner Medizinische Wochenschrift*, 1896.
7. Mann. *Ueber Polyneuritis in graviditate und puerperio. Inaugural. Dissertation*. Leipzig, 1901.
8. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris* (séance du 19 mai 1904).

Description clinique.

Eulenburg a décrit deux formes principales de névrite puerpérale : une forme légère, localisée en particulier dans le domaine du médian et du cubital, et une forme grave, généralisée qui guérit cependant le plus souvent, et pouvant s'accompagner de troubles psychiques.

Ces deux formes nous les retrouverons également dans le cas de névrite gravidique et elles feront l'objet de notre premier chapitre. Dans un second chapitre nous étudierons les mononévrites gravidiques.

1. — *Polynévrite gravidique.*

Il est assez rare de voir la névrite gravidique s'installer d'emblée au cours d'une grossesse. Elle est ordinairement précédée d'autres symptômes d'intoxication.

Parmi ces symptômes, on doit mettre au premier rang la céphalée, les nausées et surtout les vomissements.

Vomissements. — Pinard, Joffroy et Desnos, Whitfield, Stembo, Polk, Solowjeff ont insisté avec juste raison sur la fréquence des vomissements précédant l'apparition d'une névrite gradidique.

Ce sont des vomissements alimentaires, la malade rejetant les liquides et les solides bilieux et même

hémorrhagiques, parfois précédés de douleurs vives dans la région épigastrique.

Ils ont bien les caractères des vomissements incoercibles de la grossesse, car tout échoue contre eux et les inhalations d'oxygène à haute dose (Pinard), et le chloral et les pulvérisations répétées d'éther sur le creux stomacal, la poitrine, la face. Ces vomissements amènent un affaiblissement extrême de la malade : l'état d'anémie est tel que certains auteurs ont voulu voir dans cette anémie la cause même de la névrite gravidique. C'est au milieu de ces symptômes alarmants que vont apparaître les troubles sensitifs et moteurs que nous allons étudier.

Quelquefois, cependant, les vomissements manquent (cas de Elder, Paker, Johannsen, Mann, Œttinger) et la névrite s'installe alors d'emblée, sans avoir été précédée d'un trouble quelconque, sans malaise, sans fièvre.

a) *Polynévrite généralisée.*

Les polynévrites généralisées sont celles qui ont été les mieux étudiées au cours de la grossesse. Par leur importance et leur fréquence, elles ont paru constituer le véritable type clinique de la névrite gravidique.

La polynévrite généralisée, au cours de la grossesse, débute ordinairement par les membres inférieurs pour se généraliser ensuite, très rapidement, aux membres supérieurs. Mais elle peut aussi débuter

par les membres supérieurs et s'étendre aux membres inférieurs. Enfin les quatre membres peuvent être atteints de névrite presque en même temps.

Les troubles subjectifs de la sensibilité se montrent à la période prémonitoire de l'affection. La malade se plaint de fourmillements dans les pieds et les mains, de picotements, de sensation de froid, de piqûres d'aiguilles ou d'épingles ; mais aussi de douleurs lancinantes dans les mollets qui provoquent de l'insomnie. Ces troubles sensitifs vont persister pendant le cours de la maladie et pourront faire même une réapparition lorsqu'elle marchera vers la guérison. Les malades ne se plaignent pas de douleurs en ceinture.

A ces phénomènes sensitifs s'ajoute bientôt un engourdissement profond des membres. La malade, si elle peut encore vaquer à ses occupations, se plaint de faiblesse dans les jambes, de difficulté pour monter et descendre les escaliers, parfois même il faut la soutenir ; si elle est retenue au lit par ses vomissements elle s'aperçoit que ses jambes sont devenues « lourdes », qu'elle a une certaine peine à les remuer.

Du côté des membres supérieurs les mêmes troubles apparaissent. Les mains deviennent maladroites, et la malade laisse tomber les objets qu'elle veut saisir non pas, comme on pourrait le croire, parce qu'elle ne peut les serrer, mais par suite des troubles de la sensibilité qui prédominent parfois à la paume de la main.

Cette période parétique prélude à la paralysie qui

caractérise la période d'état de la maladie. Tous ces symptômes évoluent d'une façon rapide.

En quelques jours la paralysie arrive à son apogée, frappant les membres inférieurs et supérieurs.

Enfin cette période paralytique peut survenir d'emblée. Les troubles sensitifs sont alors assez peu prononcés pour qu'ils ne provoquent pas les plaintes de la malade et c'est en voulant se lever de son lit qu'elle s'aperçoit qu'elle ne peut plus se tenir sur ses jambes et elle s'affaisse tout d'un coup.

Si on examine la malade à la période d'état, c'est-à-dire à la véritable période d'impotence fonctionnelle, on est tout d'abord frappé par son degré d'anémie et d'amaigrissement.

L'amaigrissement porte surtout sur les membres inférieurs et supérieurs qui sont atteints de paralysie.

Aux membres inférieurs. — L'atrophie porte le plus souvent sur les muscles de la région antéro-externe de la jambe, mais aussi sur les muscles du mollet et sur le triceps crural. Le pied est dans la position dite varus équin.

Cette paraplégie est une paraplégie flasque, les réflexes rotuliens et achilliens sont abolis ou diminués : l'atrophie musculaire et la diminution des réflexes marchant, d'ailleurs, de pair avec l'intensité des lésions.

L'impotence est complète et elle peut être telle que la malade ne peut détacher les talons du lit.

Si on essaye de la faire marcher, ou bien elle s'écroule entre les mains des personnes qui la soutien-

nent ou bien, lorsque l'affection arrive à son déclin et que la marche redevient possible, elle présente du « steppage » c'est-à-dire que pour marcher, elle fléchit la cuisse sur le bassin pour permettre au pied de se mettre en extension sur la jambe et de venir frapper le sol par sa pointe.

Tels sont les symptômes moteurs que la malade présente du côté des membres inférieurs, et ce sont eux qui vont rester prédominants, donnant ainsi à la maladie son véritable caractère.

Aux membres supérieurs. —La paralysie est ordinairement moins complète que celle des membres inférieurs et on peut n'observer qu'une simple parésie.

La paralysie porte surtout sur les mains et les avant-bras : la malade ne peut ni manger seule, ni accomplir des mouvements délicats ; il lui est à peu près impossible de coudre, de broder ou de se coiffer.

Puis l'atrophie musculaire survient. Elle peut porter sur les musles de l'avant-bras et de la main, affectant parfois l'aspect de l'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne. Habituellement ce sont les muscles fléchisseurs des doigts et cubital antérieur qui sont les plus atteints, rarement les extenseurs. Les muscles du bras et les muscles élévateurs du membre supérieur sont quelquefois intéressés : le bras est alors ballant, appliqué contre le thorax ; ou bien si la malade l'élève encore, on peut l'abaisser avec la plus grande facilité.

Troubles sensitifs — Les troubles de la sensibilité sont extrêmement variables.

Ordinairement la malade présente une douleur spontanée le long du trajet des nerfs sciatique, poplité externe, tibial, fémoro-cutané, parfois aussi elle se plaint d'une douleur sourde dans la région lombaire, le long du crural et du tronc du sciatique : les gros nerfs de la cuisse sont alors atteints de névrite. La flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant dans l'extension, est très douloureuse. De même le signe de Kernig qui, dans l'espèce, à la même valeur que le signe de Lasègue, est des plus nettement caractérisé. Si on ajoute que les muscles de la région crurale et de la région postérieure de la jambe sont alors atrophiés, on a un aspect clinique assez particulier de névrite des gros troncs du membre inférieur.

Cette douleur subjective peut être provoquée et exagérée par la pression exercée sur le trajet des nerfs et à leur émergence hors des loges aponévrotiques des muscles, au point où ils vont devenir superficiels. Les muscles sont aussi très douloureux à la pression.

La sensibilité cutanée est également extrêmement variable suivant les malades.

Elle est quelquefois respectée dans ses différents modes ; il peut y avoir retard dans la perception, abolition complète au tact, à la température, à la douleur ; ou bien simple diminution dans tous ses modes ; la perception des objets peut être simple-

ment diminuée alors que les sensations thermo-analgésiques sont complétement abolies ; elle peut être pervertie; la piqûre donnant la sensation de contact. Enfin on a observé de l'hyperesthésie.

Ces phénomènes sensitifs s'étendent à tout un membre ou à un segment du membre. Souvent il existe de l'insensibilité palmaire et plantaire. Dans ce dernier cas on constate la disparition du réflexe plantaire.

Mais au cours de la grossesse la névrite ne se localise pas exclusivement aux nerfs des membres. Le facial peut être atteint. Dans le cas de M. Œttinger, la paralysie faciale avait été précédée de légères contractions fibrillaires et il y avait participation de l'orbiculaire. Du côté du pharynx on a observé de la difficulté dans la déglutition : la malade ne boit que de petites quantités de liquide à la fois. Les nerfs moteurs de la langue sont parfois très légèrement intéressés, amenant ainsi une certaine difficulté d'élocution.

Ce sont là des localisations peu redoutables. Il n'en est pas de même lorsque l'on observe la névrite du pneumogastrique et du phrénique. On assiste alors à des accidents très graves qui mettent la vie de la malade en péril.

La paralysie du vague se manifeste par de la tachycardie sans élévation de la température, par une angoisse inexprimable. Ces symptômes sont connus depuis longtemps dans les paralysies diphtériques ; on les a vus survenir dans le beriberi, dans les para-

lysies alcooliques ainsi que M. Déjerine en a rapporté des exemples ; enfin on les a signalées dans les névrites tuberculeuses.

Troubles intellectuels. — Au cours de la polynévrite gravidique on a observé des troubles de l'intelligence.

C'est Korsakoff qui a montré le premier que des troubles psychiques pouvaient accompagner les polynévrites en dehors de l'alcoolisme.

Ces troubles consistent en une grande irritabilité du caractère : la malade se plaint comme un enfant, elle pleure pour des motifs futiles, cependant qu'elle paraît indifférente à son état.

L'affaiblissement des fonctions intellectuelles porte particulièrement sur la mémoire.

La mémoire des faits anciens peut être relativement conservée, mais celle des faits actuels, quotidiens est perdue. « Dans son entourage elle passe pour une délirante alors qu'elle est surtout une amnésique avec affaiblissement de l'intelligence. »

Polk a même observé le développement d'une véritable manie. Il existait du délire, de l'incohérence dans les idées, des hallucinations rapides et changeantes, une grande excitabilité et des accès de folie survenant surtout la nuit.

Troubles trophiques. — Les troubles trophiques, si on excepte l'atrophie musculaire, sur laquelle nous avons suffisamment insisté, sont en général peu marqués. On n'a signalé qu'un état glabre, lisse et

froid de la peau, de l'œdème des membres atteints (1).

L'examen des autres organes ne présente rien de bien particulier : il n'y a ni sucre, ni albumine (2) dans les urines. Quelquefois il existe un peu de constipation, de l'ictère ou du subictère.

La température est normale, on peut même observer de l'hypothermie, ce qui s'explique par l'inanition.

La polynévrite gravidique se présente donc sous la forme d'une paralysie flasque avec intégrité des sphincters du rectum et de la vessie, sans eschare sacrée. Cependant Polk a signalé l'incontinence des urines au cours d'une névrite gravidique. Cathala et Trastour ont rapporté l'observation d'une polynévrite avec incontinence des matières et des urines, eschare sacrée, et qui guérit.

Ces faits sont très intéressants, car ils semblent établir une sorte de transition entre les intoxications portant sur les voies périphériques et celles portant sur les voies centrales.

1. Arode, en Allemagne, et Thomassen d'Utrecht ont signalé, chez la vache, des gangrènes des extrémités inférieures des membres et des trayons qui pourraient être sous la dépendance de *névrites* liées à l'évolution de la « fièvre vitulaire nerveuse », laquelle présente tous les caractères de l'éclampsie puerpérale de la femme et résulte certainement, comme cette dernière, d'une intoxication générale de l'organisme (Communication verbale de M. Delmer, chef des travaux d'obstétrique à l'école d'Alfort).

2. Si l'on observait l'albuminurie il ne faudrait pas pour cette raison rejeter le diagnostic de névrite gravidique et porter celui de paralysie urémique. Nous verrons, en effet, bientôt que la névrite et l'albuminurie relèvent toutes deux de la même cause, l'hépato-toxémie.

On comprend que, dans ces cas, surtout s'il y a paraplégie, le diagnostic hésite entre une polynévrite et une myélite centrale. La curabilité de l'affection indiquera seule sa nature périphérique.

Examen électrique. — Dans la majorité des cas, à la période d'état, on a trouvé l'abolition de la contractilité musculaire au courant faradique et une simple diminution au courant galvanique. Il n'y avait pas de différence de contraction entre le pôle positif et le pôle négatif. Mais les contractions musculaires étaient lentes, traînantes. La réaction de dégénérescence n'était donc qu'ébauchée. Parfois cependant on a observé la réaction de dégénérescence.

La sensibilité électrique est conservée car les explorations sont douloureuses.

b) *Polynévrites localisées.*

La paralysie peut rester localisée aux membres inférieurs ou aux membres supérieurs. Elle constitue dans le premier cas le *type inférieur* de la névrite gravidique, dans le second le *type supérieur*.

Möbius croyait même que le poison puerpéral avait une certaine prédisposition pour le nerf médian et le nerf cubital et il considérait presque cette localisation comme étant un caractère pathognomonique des névrites puerpérales. Nous avons vu que si le type supérieur pouvait se rencontrer au cours de la

grossesse, il était loin de constituer la caractéristique des névrites gravidiques.

Pendant qu'évoluent ces symptômes de névrite, les vomissements persistent et la faiblesse de la malade s'accentue de plus en plus. On redoute un envahissement des muscles de la respiration et on est alors en droit de se demander s'il ne faut pas provoquer l'accouchement.

Après l'accouchement provoqué ou spontané, l'amélioration peut être presque subite : dans le cas de Elder la guérison complète fut obtenue au bout de trois ou quatre semaines ; l'amélioration peut être rapide et la guérison survient au bout de deux ou trois mois.

Mais dans le cas de polynévrite généralisée bien constituée la guérison survient lentement. Après l'accouchement les vomissements s'arrêtent et l'état général devient meilleur. Localement, les troubles sensitifs disparaissent les premiers et l'amélioration débute ordinairement par les membres supérieurs qui sont les moins atteints. Mais l'amyotrophie, arrêtée dans ses progrès, ne disparaît que peu à peu et ce n'est que sous l'influence de massages et de séances d'électricité patiemment répétées que la malade accomplira une courte promenade, au bout de plusieurs mois, une année quelquefois. Mais à partir de ce moment les progrès seront constants et la malade guérira. Elle pourra même redevenir enceinte sans présenter de symptômes de névrite au cours de sa nouvelle grossesse.

Pourtant cette affection peut avoir une terminaison fatale. La malade meurt par inanition et intoxication profonde, par névrite du pneunogastrique et du phrénique (cas de Solowjeff, Mader).

Mais il existe une autre catégorie de faits qui sont loin d'être aussi heureusement influencés par l'accouchement, et dont on pourrait même contester l'appellation de névrite gravidique.

Le tableau clinique de la névrite n'est alors constitué, avec tout son cortège de symptômes, qu'après l'accouchement. Nous n'hésitons pas, cependant, à les décrire à cette place, car ces névrites sont reliées aux autres par une pathogénie commune : la toxémie gravidique (cas de Whitfield, Vinay, Stembo).

Dans les derniers jours d'une grossesse, une femme est prise de simple parésie des membres supérieurs et inférieurs. L'accouchement se fait sans aucune difficulté. Puis sans fièvre, sans frisson, la polynévrite arrive à sa période d'état, et nous aurons alors devant les yeux l'aspect clinique des polynévrites gravidiques que nous avons déjà décrit. L'évolution de cette névrite sera également très lente et ce n'est que plusieurs mois après que la malade recouvrera l'intégrité de ses mouvements.

Enfin, signalons encore la possibilité de l'aggravation d'une névrite gravidique par un accouchement septique.

II. — *Mononévrites gravidiques.*

Les mononévrites gravidiques sont assez fréquentes. Ce qui a fait croire à leur rareté, c'est qu'elles passent souvent inaperçu. Il est vraisemblable, comme l'a fait remarquer M. Bar, que certaines névralgies siégeant aux membres, sur le tronc, certaines paralysies faciales, considérés comme un fait banal et sans importance, relèvent de la mononévrite gravidique.

Mais il est d'autres accidents que l'on observe au cours de la grossesse, tels que la cécité et la surdité qui, dans certains cas, ne semblent reconnaître d'autre cause que la gravidité. Il s'agirait dans ces cas d'une mononévrite bien spéciale, atteignant les organes des sens, et qui mérite d'être rapprochée des autres névrites gravidiques que nous avons décrites.

Parmi les mononévrites gravidiques, la *névrite optique* mérite une place à part par sa gravité, puisqu'elle peut conduire à l'amaurose définitive, par le contrôle anatomique qui permet l'examen ophtalmoscopique.

L'*amaurose* et l'*amblyopie*, au cours de la grossesse, sont bien connues, et la rétinite albuminurique, qui s'accompagne d'une infiltration séreuse très prononcée de la pupille, explique bien les troubles de la vue que l'on conserve.

Lever (1), Simpson (2), Churchill (3), Imbert-Goubeyre (4), Desmarres père (5), avaient bien insisté sur ce fait que les troubles de la vue et de l'ouïe ne se présentaient pas comme un phénomène isolé, mais qu'habituellement à l'amaurose et à la surdité, on trouvait associées l'albuminurie et l'éclampsie. Ils admettaient que, dans ces cas, il s'agissait de paralysies urémiques.

Cette association montre que ces phénomènes relèvent sans doute d'une cause commune, mais ce qui prouve leur indépendance relative c'est qu'on peut les rencontrer isolément. Les anciens auteurs avaient déjà fait remarquer qu'il existait une disproportion évidente entre le degré et la durée de l'albuminurie d'une part, l'amaurose d'autre part. Arlt, F. Weber (1873) pensaient même qu'il y avait une cause intime encore inconnue s'exerçant sur l'innervation en général, et sur les organes visuels en particulier, produisant d'abord un excès d'irritation, puis la paralysie transitoire des nerfs optiques.

Ils avaient même remarqué que les causes morales, tels que les soucis, les émotions, prédisposaient les femmes à l'amaurose, et Lever avait déjà dit que les

1. « Sur quelques désordres du système nerveux qui accompagnent la grossesse et la parturition » (*Ann. d'oc.*, 1848, t. XIX).

2. Simpson. *Clinique obst. et gyn.* Paris, 1874.

3. Churchill. *Traité des maladies des femmes.* T. II, 1866.

4. Imbert-Goubeyre. « Des paralysies puerpérales ». *Mém. Ac. de méd.*, 1861, t. XXV, 1 à 76.

5. Desmarres père. « Maladies de la rétine observées pendant la grossesse et la parturition » (*Traité des maladies des yeux*, t. III, p. 501).

femmes qui présentent ces complications sont, en général, des femmes d'une très grande irritabilité, chez lesquelles prédomine le tempérament nerveux.

Nous savons aujourd'hui qu'on peut observer l'amaurose ou l'amblyopie sans que la femme ait présenté de l'albumine à aucun moment de sa grossesse, sans que l'examen ophtalmoscopique permette de trouver une lésion rétinienne ou choroïdienne due à l'albuminurie. Il est permis de croire qu'il s'agit dans ce cas d'une névrite optique gravidique.

M. Valude a publié une observation très importante que nous reproduisons :

OBSERVATION par M. Valude.

Atrophie optique durant la grossesse ; accouchement prématuré artificiel.

Femme B..., âgée de trente ans, journalière, habitant Troyes, vient nous consulter à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. Voici son histoire :

De bonne santé toujours, elle eut une première grossesse il y a neuf ans, sans accident d'aucune sorte. L'enfant ne vécut que quelques semaines.

Depuis cette première grossesse, cette malade, qui avait joui d'une vision tout à fait normale jusque-là, présenta, lors de ses époques menstruelles et à toutes les fois régulièrement, des troubles visuels, une amblyopie marquée et prédominante à l'œil

gauche, qui ne lui permettait pas, pendant quelques jours, de se livrer à ses travaux habituels. Aussitôt la terminaison des règles, les troubles visuels disparaissaient d'eux-mêmes, rapidement et complétement.

Les choses se continuèrent de la sorte, et sans changement, jusqu'au mois de juin dernier et vers cette époque, quelques semaines avant le début de la grossesse actuelle, l'œil gauche commença àse montrer obscurci sans que l'amblyopie fît mine de disparaître comme dans les circonstances précédentes. La diminution de la vision allait même en croissant, mais du côté gauche seulement.

Sur ces entrefaites, la malade devint enceinte pour la seconde fois. Dans les premiers mois de la grossesse, l'amblyopie de l'œil gauche ne fit que des progrès de plus en plus rapides, et bientôt la malade ne put plus se servir de cet œil. Deux mois après le début de la grossesse, c'est-à-dire il y a cinq mois, l'œil droit commença à son tour à se montrer brouillé.

D'abord insignifiante, cette gêne visuelle finit par se caractériser ; bientôt la malade éprouva de la difficulté à travailler ; puis, toute occupation devint impossible ; aujourd'hui, elle ne se conduit que difficilement seule. C'est alors que très effrayée, elle se présenta à nous, le 15 janvier dernier. Nous constatons :

Œil gauche. — A l'ophtalmoscope une atrophie blanche complète de la pupille, sans autre lésion du fond de l'œil. Cet œil possède à peine la faculté de reconnaître le jour de la nuit, et la pupille ne réagit plus à la lumière.

Œil droit. — La pupille est assez notablement colorée en rose et surtout uniformément. Rien autre chose d'anormal au fond de l'œil et les vaisseaux ne présentent rien de particulier.

La pupille réagit encore assez bien à la lumière ; $V = \frac{1}{10}$

Dans ces conditions et en tenant compte :

1° De ce fait que chacune des menstruations entraînait avec elle des troubles visuels passagers qui étaient vraisemblablement dus à des congestions légères des nerfs optiques;

2° De l'aggravation particulière des symptômes durant l'état de la grossesse, aggravation tellement accusée qu'il était impossible de ne pas trouver entre la grossesse et l'atrophie optique croissante, une relation de cause à effet;

Nous avons pensé qu'il y avait lieu de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, dans le but de rompre la chaîne des accidents optiques, car dans l'existence de cette malade, toujours les symptômes oculaires semblaient avoir été sous la dépendance directe d'états utérins divers.

Dans cette pensée, nous avons présenté la malade et soumis le cas au professeur Tarnier, lequel à bien voulu appuyer notre avis de sa haute autorité. Et l'accouchement prématuré artificiel fut dès lors résolu.

La malade entra à la clinique d'accouchements le 16 janvier.

Le 19, l'acuité visuelle de l'œil droit avait encore diminué, car la malade ne pouvait plus compter les doigts qu'à quatre mètres ; le 20, elle les comptait à une distance plus courte encore, à 3 m. 75 exactement, mais la différence vaut à peine d'en parler.

Ce jour-là, le champ visuel, fort rétréci ; présentait les limites suivantes :

Côté temporal 60°, côté nasal, 45°, en haut 30°, en bas 40°.

L'accouchement fut effectué le 20 janvier heureusement.

Voici d'ailleurs, le résumé de l'observation du côté obstétrical : Femme bien conformée qui a déjà eu une grossesse et un accouchement normaux.

Le décours de la présente grossesse a été normal, sauf du côté de la vision.

L'accouchement prématuré est effectué avec simplicité par sommet, les suites en sont normales.

L'enfant, qui pesait 2.800 grammes, a vécu pendant huit jours.

Le 28 janvier, je revois la malade, elle pouvait déjà compter les doigts de l'œil droit à neuf mètres et sans éprouver la fatigue qui, auparavant, la forçait très rapidement à abandonner toute fixation même éloignée.

Le 2 février, la malade se lève et l'examen peut être plus complétement pratiqué :

O. D., pupille un peu moins congestionnée : $V = \frac{2}{3}$ O.G., pupille toujours blanche ; la malade prétend qu'elle ne voit pas l'ombre de la main lorsque le jour est éclatant.

Champ visuel : T. 70o, N. 60°, H. 40°, B. 70°.

Le 6 février : O. D., V = 1 avec une certaine hésitation. La malade est envoyée au Vésinet en convalescence.

A son retour, le 16 février, nous constatons : O. D., V = 1 à peu près, mais difficilement. Cependant, ce qui est plus net, c'est que la malade peut lire et sans fatigue aucune à la distance de 30 centimètres les caractères les plus fins de la petite échelle de de Wecker. Elle peut désormais travailler sans gêne.

Œil gauche toujours dans le même état ; la malade dit qu'en certaines circonstances elle voit passer des ombres devant cet œil.

Champ visuel normal ou à peu près : T. 80°, N. 65°, H. 45°, B. 75°.

. C'est donc ici un fait de névrite optique à tendance atrophique, mais une névrite optique primitive, pure, et qui ne peut être assimilée aux atrophies qui se rencontrent comme phénomène ultime des rétinites albuminuriques et aussi diabétiques.

P. S. — La malade, rentrée dans son pays, vient de nous adresser les nouvelles suivantes : Huit jours avant son retour de

couches, son œil droit a présenté de la fatigue et un certain degré d'amblyopie qui persista durant l'écoulement utérin. Puis tout rentra dans l'ordre. L'œil gauche est resté avec une vision toujours très imparfaite.

M. Bar a rapporté à la Société d'obstétrique de Paris (séance du 19 mai 1904), un cas de Knaggs et deux cas personnels.

Dans le cas de Knaggs, il s'agit d'une femme de quarante ans atteinte d'atrophie du nerf optique, et déjà, à une grossesse antérieure, elle avait perdu la vue d'un œil. On provoqua l'accouchement et la vue s'améliora au point de redevenir normale. Dans ce cas comme dans celui de M. Valude, la menstruation provoquait des troubles oculaires.

Dans le premier cas de M. Bar, il s'agit d'une jeune femme de 22 ans qui, pendant sa première grossesse, n'était pas albuminurique. Vers le milieu de la grossesse elle vint se plaindre d'un abaissement de la vue accentué du côté droit. M. Bar constata un peu de parésie pupillaire de ce côté et adressa cette jeune femme à M. Panas.

L'examen ophtalmoscopique montra qu'il y avait de l'œdème pupillaire et M. Panas manifesta, dès ce moment, des craintes d'atrophie papillaire par névrite. Il n'y avait ni hémorrhagies rétiniennes, ni aucune des lésions accoutumées de l'albuminurie gravidique. On fit à la malade, jusqu'à la fin de la grossesse, des onctions mercurielles sans grand résultat, l'amblyopie ne parut pas faire de progrès

après l'accouchement. Cette dame devint de nouveau enceinte ; vers le quatrième mois, l'amblyopie s'accentua, M. Panas confirma l'existence d'une névrite optique. L'œil gauche fut atteint et cette dame présente aujourd'hui une amblyopie qui confine à l'amaurose.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une dame qui avait perdu la vue dans les circonstances suivantes :

La première grossesse semblait se poursuivre d'une façon régulière, mais, vers la fin, la vue baissa rapidement.

On ne fit pas grande attention à cet accident, l'accouchement fut régulier ; les suites de couches furent normales, mais la vue baissa tellement qu'on consulta M. Panas vingt jours après l'accouchement. Il diagnostiqua une névrite optique à marche rapide.

Quand M. Bar vit cette dame, vers le troisième mois de sa seconde grossesse, elle avait encore la notion de la lumière, voyait l'ombre de la main placée devant les yeux et, par moments, pouvait compter les doigts qu'on présentait à sa vue.

Pendant la seconde grossesse, les accidents oculaires qui avaient semblé subir un temps d'arrêt, s'accentuèrent et la cécité devint complète à la fin de la gestation.

M. Panas fut d'avis qu'il s'agissait d'une névrite optique, sans qu'il y eut des lésions d'autre nature. M. Parinaud confirma plus tard le diagnostic de M. Panas et le pronostic d'une cécité définitive.

Ces amblyopies se présentent sous des formes très

variées. La plus fréquente est celle qui est caractérisée par un scotome central; généralement pourtant ce scotome est à moitié transparent, au point que les malades peuvent lire et distinguer les caractères même assez fins, mais avec une certaine difficulté et sous un éclairage tout particulier, ni trop brillant, ni trop assombri.

L'amaurose complète survient brusquement ou progressivement.

La cécité a parfois disparu tout à coup après la délivrance, mais elle peut aussi mettre plusieurs mois à se dissiper. La vue recouvre toute son intégrité, ou reste diminuée, la cécité peut enfin persister comme nous l'avons montré déjà. Ajoutons que ces troubles de la vue ont été observés au cours de grossesses successives, la lésion s'accentuant chaque fois pour aboutir finalement à l'atrophie optique, c'est-à-dire à la cécité complète. Si le traitement médical dirigé contre la toxémie gravidique, que nous exposons plus loin, ne parvient pas à arrêter la marche progressive de l'affection, il ne faudra pas hésiter à provoquer l'accouchement.

Signalons que l'atrophie optique a été décrite au cours de certaines autres névrites toxiques (Lœwenfeld, Remak, Lilienfeld), au cours de la polynévrite saturnine par exemple.

La *surdité* est moins fréquente que l'amaurose et comme cette dernière elle avait été attribuée, dans tous les cas, à l'albuminurie: depuis longtemps déjà les troubles de l'ouïe et de la vision constituaient,

avec juste raison, un excellent symptôme prémonitoire de l'éclampsie.

Mais on a observé des cas où les troubles de l'ouïe apparurent isolément, sans albuminurie.

Bilatérale ou unilatérale, ordinairement incomplète, précédée de bourdonnements d'oreilles, la surdité accompagne cependant l'amaurose dans un grand nombre de cas, mais elle est d'un pronostic moins sévère que cette dernière.

En l'absence de toute lésion locale expliquant ces phénomènes, peut-être pourrait-on parler de névrite du nerf auditif comme nous avons parlé de névrite optique, et il semble qu'il soit permis de raisonner par analogie.

Pour nous, nous considérons la question comme étant très complexe, il est très difficile de ne pas se mettre à l'abri d'une erreur (1).

Au cours de la grossesse on a également signalé des *troubles de l'odorat* et du *goût*. Ce sont là des phénomènes très difficiles à contrôler scientifiquement et nous nous contentons de les signaler.

En résumé, ce chapitre des mononévrites gravidiques est un chapitre d'attente. Seule l'anatomie patho-

1. Babinski ne nous a-t-il pas montré, en effet, des troubles auriculaires améliorés par une simple ponction lombaire ? La tension du liquide céphalo-rachidien jouait dans ces cas un rôle primordial dans les troubles de l'ouïe. Nous ne prétendons pas qu'il en soit ainsi dans les cas de surdité observés au cours de la grossesse. Mais ce fait nous montre combien est complexe ce point de la Pathologie, et à l'heure actuelle, il serait peut-être téméraire de porter un jugement.

logique permettra de classer scientifiquement les faits cliniques que nous avons décrits.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les examens anatomiques ont été très peu nombreux, la névrite gravidique mettant rarement la vie des malades en péril.

Polk s'est assuré que, dans son cas, il ne s'agissait pas d'une lésion cérébrale ou médullaire, mais il a négligé de faire l'examen des nerfs périphériques.

Solowjeff a heureusement comblé cette lacune: l'examen microscopique lui a montré une névrite parenchymateuse des nerfs périphériques, surtout accentuée au niveau du nerf phrénique.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il est certain que nombre de cas de névrite périphérique, survenant au cours de la grossesse, peuvent être indépendants de celle-ci, ou que la grossesse n'est pas la principale cause de la névrite, mais probablement ne fait que déterminer le moment de l'apparition de l'affection.

Mais il ne nous semble pas douteux que l'état de gravidité de la femme ne soit la cause des accidents

nerveux que nous avons décrits. L'étude clinique nous a, en effet, montré la névrite débutant au cours de la grossesse, s'accentuant à mesure qu'elle avançait en âge, s'arrêtant dans son évolution après l'accouchement, disparaissant quelquefois très rapidement après lui. Si on ajoute qu'on ne trouve pas d'autre cause de névrite, il serait difficile de ne pas voir, devant un tel parallélisme, non une simple coïncidence mais une relation de cause à effet.

Mais qu'elle est la pathogénie de cette affection ? Nous touchons ici à un des problèmes médicaux des plus intéressants, mais aussi des plus difficiles à résoudre. L'affection a débuté et évolué sans frisson, sans fièvre ; l'examen du vagin, de l'utérus et des annexes ne permet de déceler aucune infection locale : l'hypothèse d'une névrite infectieuse doit donc être rejetée.

Nous avons vu qu'un grand nombre de névrites périphériques s'accompagnaient de vomissements incoercibles. Whitfield, Polk, Stembo ont trouvé là une cause de névrite, qui serait due surtout à l'affaiblissement et à l'épuisement des femmes en état de gravidité.

Ces paralysies existent réellement et si les faits sont encore peu nombreux, ils n'en sont pas moins incontestables. Mais plusieurs fois les vomissements ont manqué complétement, témoin l'observation que nous rapportons. Les vomissements peuvent donc n'être qu'un symptôme concomitant et ils tiennent surtout, comme l'affaiblissement lui-même, à une intoxication générale de l'organisme.

La théorie toxique semble, en effet, rallier tous les suffrages. S'appuyant sur des preuves cliniques, expérimentales, anatomo-pathologiques, thérapeutiques, M. le Professeur Pinard a pu établir, dans ses belles leçons orales, «qu'un certain nombre d'accidents et de complications de la grossesse (et parmi ces accidents et complications sont compris les vomissements, les névrites, l'éclampsie...), sont sous la dépendance directe de l'état du *foie*. Le rein n'aurait qu'une action secondaire, quoique souvent très importante, et l'albuminurie gravidique (1) ne serait d'habitude qu'une complication, et le plus souvent un signe de l'insuffisance hépatique. Il faudrait chercher les causes de cette insuffisance hépatique dans l'*hérédité* (on connaît en effet le rôle important que joue l'hérédité dans les maladies du foie), mais dans ce fait aussi que la glande hépatique n'est souvent saine qu'en apparence, comme l'ont bien montré M. Pinard (2) et M. Bouffe de Saint-Blaise (3). Enfin il convient de signaler l'étroite solidarité qui unit le foie à l'intestin; la constipation, si fréquente chez les femmes enceintes, prédisposant à l'élaboration de toxines dans le tube intestinal, pourra ainsi avoir un retentissement fâcheux sur la glande hépatique.

1. Nous ferons remarquer, à ce propos, que l'albuminurie n'est pas fonction de l'insuffisance rénale: qui dit albuminurie ne dit pas insuffisance rénale. La réciproque est également vraie.

2. Le Masson. *Ictères et colique hépatique chez les femmes en état de grossesse*. Th. 1898.

3. Bouffe de Saint-Blaise. Rapport au congrès périodique de gynécologie d'obstétrique et de pédiatrie, 1898.

Pour établir cette notion de l'hépato-toxémie, suivant le mot heureux de M. Pinard, on n'a pas envisagé spécialement les névrites gravidiques trop peu nombreuses pour avoir été étudiées à ce point de vue.

Nous rappellerons toutefois que l'ictère a été signalé au cours de cette affection.

Mais dans notre description, nous avons bien insisté sur ce fait que les névrites n'apparaissaient pas isolées, mais que souvent elles faisaient partie d'un cortège de symptômes qui, eux, relèvent bien de l'hépato-toxémie. Il est absolument rationnel de rattacher tous ces accidents à la même cause.

Mais pourquoi cette localisation des toxines sur le système nerveux périphérique? L'influence du *terrain* peut seule nous donner une explication satisfaisante. La primiparité ne prédispose pas au développement de ces accidents nerveux, au contraire, c'est toujours chez des multipares qu'ils ont été décrits; l'âge non plus ne semble pas avoir d'influence.

Tous les auteurs ont recherché l'alcoolisme dans les antécédents des sujets dont ils ont publié l'observation, et ils ne l'ont jamais rencontré. Il n'en est pas de même du « tempérament nerveux ». L'hystérie a été signalée; quelquefois on a constaté chez les sujets eux-mêmes, ou chez leurs proches parents (comme dans notre observation), une certaine instabilité, une certaine irritabilité de caractère. Le plus souvent cependant, les auteurs n'ont trouvé aucun accident nerveux personnel ou héréditaire. Mais nous savons trop à quelles difficultés on se heurte, lorsqu'on veut

faire une enquête de cette sorte véritablement scientifique, pour pouvoir en tirer une conclusion.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de névrite gravidique ne peut être fait que par exclusion.

Le premier devoir du clinicien, en présence de symptômes qui rappelleront une mononévrite ou une polynévrite gravidique, sera d'éliminer l'hystérie. Ce diagnostic sera surtout délicat lorsqu'on se trouvera en présence d'une amblyopie ou d'une amaurose au cours de la grossesse.

L'amaurose hystérique est rare ; pourtant M. Hamon du Fougeray (du Mans), M. Galezowski, M. Déjerine en ont rapporté des cas.

Le diagnostic de névrite gravidique ne devra être admis que lorsqu'on aura éliminé toutes les autres causes d'intoxication (alcool, plomb, oxyde de carbone, etc.), les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, grippe) et dyscrasiques.

La polynévrite tuberculeuse, présente absolument le même type clinique que la polynévrite gravidique. Si nous ajoutons que la malade immobilisée, déprimée, exposée à la contagion surtout en milieu hospitalier, peut devenir tuberculeuse, on comprend qu'une erreur de diagnostic soit possible.

1. Pitres et Vaillard. *Rev. de méd.*, 1886.

Enfin, on a signalé des polynévrites blennorrhagiques. Nous empruntons à la thèse de notre ami, le Dr Evrard (1), le résumé d'une observation de polynévrite blennorrhagique observée au cours de la grossesse :

OBSERVATION DE KIENBOCK (Résumée).

Au cours d'une grossesse, une malade se plaint de douleurs de la face antérieure des deux bras, irradiant jusqu'au milieu de l'avant-bras à gauche et d'une sensation de chaleur et de froid au membre supérieur gauche. Du côté gauche, les réflexes tendineux du biceps et du triceps manquent. Il existe un gonflement fusiforme au niveau du coude, de l'atrophie musculaire de l'avant-bras, du sus-épineux, du sous-épineux, du deltoïde, du triceps, du biceps et du brachial antérieur, une ébauche d'atrophie des muscles grand-dorsal et grand pectoral.

L'impotence fonctionnelle est grande. La sensibilité est normale. Pas de troubles des sphincters.

Les troubles de la sensibilité électrique consistaient en une simple diminution de l'excitabilité galvanique et faradique des nerfs et des muscles de l'épaule et du bras, principalement au niveau du deltoïde, du biceps et du triceps. On peut constater des secousses paresseusses sur certains faisceaux du sous-épineux et du deltoïde.

Avant l'accouchement il y avait une notable amélioration ; après l'accouchement il sembla qu'il y eut un retour de l'impotence, mais tout revint en ordre et la malade guérit.

Il avait existé, à un moment, un écoulement vaginal purulent. Le mari avait incontestablement une blennorrhagie.

1. Evrard. Thèse 1904.

Enfin, ajoutons que pour contrôler le diagnostic de névrite il sera parfois utile de faire à la malade une ponction lombaire.

PRONOSTIC

Parn.i tous les cas de névrite périphérique qui ont été publiés, il en est trois qui ont eu une issue fatale. Ce sont ceux de Solowjeff, de Polk et de Mader. Dans le cas de Polk la mort reconnaît pour cause évidente une cystite et une pyélonéphrite : il est difficile d'établir une relation entre ces complications et la névrite.

La névrite gravidique peut être grave par elle-même, par sa localisation surtout. La névrite du pneumogastrique et du phrénique donnera lieu à des accidents qui mettront la vie de la malade en péril. Elle peut être grave non par elle-même, mais parce qu'elle fait partie d'un tableau symptomatique qui commande de grandes réserves : elle n'est alors qu'un des éléments du pronostic.

Tous les autres cas se sont terminés par la guéri son qui est survenue tantôt tardivement, tantôt assez rapidement. Mais toujours les malades ont recouvré l'intégrité de leurs mouvements. Rappelons que la femme peut arriver au terme de sa grossesse sans incidents, qu'elle peut accoucher d'un enfant bien

portant ; mais il peut arriver aussi que l'enfant succombe ou que la femme accouche prématurément.

Tous ces faits devront être bien présents à l'esprit du médecin qui aura à prendre une détermination extrêmement délicate comme nous allons le voir.

TRAITEMENT

Le traitement de la névrite gravidique découle nécessairement de la théorie pathogénique que nous avons adoptée : c'est à la cause des accidents nerveux que nous devons nous adresser, c'est donc l'hépato-toxémie qu'il nous faut combattre.

Voici les principes qui doivent guider le médecin dans sa thérapeutique :

1° Il ne doit pas introduire des substances toxiques dans l'intestin : le malade sera mis au *régime lacté*, régime merveilleux préconisé par MM. Jaccoud, Tarnier pour le traitement de l'éclampsie et appliqué par M. Pinard à tous les accidents de l'hépato-toxémie.

Le régime lacté offre le triple avantage de rendre l'intestin aseptique, d'empêcher la putréfaction et d'être diurétique.

S'il existe des vomissements incoercibles, il est recommandé de donner du lait par doses fractionnées et à intervalles réguliers. Si le lait n'est pas supporté, M. Pinard prescrit le képhyr, le koumys.

2° Il doit tâcher d'obtenir l'élimination des poisons par tous les émonctoires.

L'intestin sera d'abord vidé au moyen de lavements purgatifs, puis nettoyé par de grands lavages au sérum physiologique. Loviot emploie le lavement huileux, suivi d'un grand lavage de l'intestin.

Au régime lacté et aux lavements purgatifs, M. Pinard n'a pas craint d'ajouter l'usage des purgatifs énergiques et même des drastiques, malgré les préjugés qui s'attachent à leur emploi. On peut ainsi prescrire du calomel, de l'eau-de-vie allemande ou de l'huile de croton (1 goutte dans 25 grammes d'huile de ricin). Les purgatifs drastiques même fréquents n'ont jamais eu sur la grossesse une action nocive quelconque.

On retirera le plus grand bénéfice de l'emploi simultané de sérum artificiel, en injections sous-cutanées. Si les accidents toxiques semblent redoutables, il faudra employer le sérum à doses massives (1000 gr. par jour) procédant ainsi « à un véritable lavage du sang ».

Les bains tièdes sont très utiles. Ils ont l'avantage de faire fonctionner la peau et d'activer la sécrétion urinaire (Bar).

Ce traitement amène une débâcle qui débarrasse l'organisme d'une forte dose de toxines.

M. Bouchard recommande en outre, de faire de l'antisepsie intestinale, ou plutôt hépato-intestinale (Hanot).

Les meilleures préparations antiseptiques sont le

calomel à la dose plus ou moins prolongée de 1 centigramme par jour, le matin, suivant la méthode du professeur Bouchard ; les dérivés du naphtol (béthol et benzo-naphtol) à la dose quotidienne de 3 gr. par jour par doses fractionnées.

A quel moment doit-on instituer ce traitement ? Aussitôt qu'on le pourra : en pleine évolution de la névrite, si on voit alors la malade pour la première fois ; aux premiers symptômes d'intoxication gravidique, dès que l'on observera de la céphalée, des nausées ou des vomissements persistants, des fourmillements dans les membres supérieurs ou inférieurs, si on assiste au début de l'affection. Il faudra donc se garder d'attendre qu'elle soit confirmée. Ce traitement doit être employé jusqu'à ce que l'on ait obtenu quelque résultat.

Le traitement prophylactique s'inspire des mêmes principes. Au cours de la grossesse il faudra veiller à ce que la femme ne reste pas constipée. Mais il faut bien savoir que certaines femmes enceintes sont constipées alors qu'elles vont régulièment à la selle, ce dont on peut s'assurer par un palper abdominal soigneux. Les laxatifs, les purgatifs huileux suffisent pour provoquer l'évacuation intestinale nécessaire.

Tels sont les moyens que l'on devra mettre en œuvre quand on se trouvera en présence d'une névrite gravidique, moyens qui réussiront souvent, s'ils sont employés assez tôt et d'une façon méthodique.

Parfois, cependant, l'affection mettra la vie de la malade en danger, soit que le traitement ait été trop

tardivement institué, soit que l'organisme ait été trop profondément touché. Le médecin se demandera alors s'il ne doit pas provoquer l'accouchement.

Nous ne saurions, à ce point de vue, donner de règle précise. Le sens clinique, le tact du médecin doivent seuls inspirer une décision délicate entre toutes. Il faudra pratiquer cet accouchement prématuré avec le plus grand soin, car la plus petite infection ne tendrait qu'à aggraver l'état de la névrite.

Le traitement de la névrite elle-même consistera surtout en séances de massage et d'électrisation, et ne présente rien de particulier à la névrite gravidique.

Au décours de l'affection on devra relever les forces de la malade, en lui donnant des aliments très nutritifs sous un petit volume : viande crue, lait, jaune d'œufs, etc. Cette reprise de l'alimentation devra être faite avec beaucoup de prudence, surtout si la femme a présenté des vomisssements incoercibles.

Le cacodylate de soude en injections sous-cutanée rendra de grand services.

Et lorsque la malade commencera à marcher, c'est-à-dire lorsqu'elle sera en état de réagir, on lui ordonnera quelque lotions froides, ce qui pourra amener un retour des fourmillements ; mais tout ne tardera pas à rentrer en ordre.

OBSERVATION I (*in* thèse de Tuilaut).

Desnos, Joffroy et Pinard. Académie de médecine, 27 novembre 1888.

Sur un cas d'atrophie musculaire des quatre membres à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles

Pour la deuxième fois, en 1884, Mme X..., demeurant rue de Rivoli, eut un accouchement qui s'accompagna, au moment de la délivrance, d'une hémorrhagie très abondante. Bien qu'elle n'eût pas à supporter les fatigues d'un second allaitement, Mme X ne se remit qu'incomplétement.

Elle présenta notamment les signes d'une métrite hémorrhagique qui se traduisait aux époques menstruelles par d'abondantes ménorrhagies.

Malgré les soins dont on entoura la malade et en particulier un séjour à la mer, il se développa une anémie de plus en plus accentuée, qui favorisa sans aucun doute le développement d'une pelade rebelle, envahissante, qui nécessita un traitement énergique pendant les années 1885 et 1886 et pour lequel je réclamai le concours de M. Besnier.

Cette pelade durait encore lorsque, au mois de février 1887, survint une troisième grossesse.

Les débuts de celle-ci furent difficiles, s'accompagnant de quelques douleurs abdominales, de troubles digestifs qui cependant ne présentaient rien d'alarmant.

Mais au commencement d'avril, à la suite de quelques fatigues, survinrent des vomissements rares d'abord, puis plus fréquents,

extrêmement pénibles, qui rapidement obligèrent la malade à garder le lit et revêtirent bientôt les caractères les plus accentués des vomissements incoercibles.

Ils s'accompagnaient ou étaient précédés parfois de douleurs vives à la région de l'estomac ; tous les aliments solides ou liquides, quels qu'ils fussent étaient rejetés immédiatement ou très peu de temps après leur ingestion. Il existait une anorexie invincible.

De fréquentes souffrances utérines n'indiquaient que trop la source de ces formidables réflexes. J'employai, sans succès, pour les combattre, tous les moyens usités en pareil cas, y compris la morphine qui donne parfois de si bons résultats dans les vomissements incoercibles à forme gastralgique.

La situation s'aggravait. C'est alors que je priai M. Pinard de voir la malade avec moi.

L'exploration de l'utérus démontra qu'il n'y avait ni rétroversion, ni antéversion, celle des culs-de-sac vaginaux ne révélait aucun signe de périmétrite.

Les inhalations d'oxygène à haute dose qui ont donné, entre les mains de M. Pinard, de si beaux résultats, se montrèrent peu efficaces, seuls les lavements de chloral et les pulvérisations répétées d'éther sur le creux épigastrique, sur la poitrine, sur la face, apportaient quelque amélioration et une courte sédation des accidents.

L'affaiblissement augmentait toujours. L'opportunité d'une intervention chirurgicale fut souvent discutée. Mais malgré les sollicitations d'une famille qui ne voyait que trop l'imminence du péril, nous nous y refusions toujours, espérant qu'ainsi qu'il arrive toujours en pareil cas, les vomissements cesseraient spontanément vers le quatrième mois.

Dans le dernier tiers du mois de juin, nos espérances semblaient recevoir un commencement de réalisation qui justifierait notre

abstention : quoiqu'ils fussent encore violents, répétés, les vomissements s'éloignaient cependant un peu, quelques aliments légers pouvaient être conservés en totalité ou en partie ; ils étaient pris avec moins de dégoût. Toutefois, la faiblesse et l'amaigrissement étaient toujours extrêmes. C'est à ce moment, c'est-à-dire vers la fin de juin, que la mère de Mme X... m'annonça que sa fille ne pouvait plus remuer les jambes.

Il y avait, en effet, une impotence des membres inférieurs complète à droite, un peu moins accusée à gauche. Il était impossible à la malade de soulever les jambes de façon à ce qu'on pût même interposer une feuille de papier entre ses pieds et le plan du lit.

Cette paraplégie était absolument flasque. Les membres inférieurs n'étaient pas seulement amaigris, mais les masses musculaires avaient presque disparu dans certaines régions, particulièrement et notamment au niveau des mollets, de la face antérieure de la jambe et du triceps crural.

Au milieu de ces grands désordres du mouvement, la sensibilité cutanée avait été respectée dans ses différents modes. Nulle part on ne trouvait même une plaque d'anesthésie, d'analgésie ou de perte de la sensation de température.

Les réflexes étaient abolis. Toutefois, si la sensibilité était conservée, elle n'en était pas moins pervertie. L'akinésie s'accompagnait, dans les membres paralysés, de fourmillements, d'un sentiment de brûlure, de constriction autour de leurs différents segments.

Le lendemain de cette triste découverte, j'apportai un appareil pour explorer la réaction électrique des muscles. Le courant maximum d'un appareil volta-faradique de Gaiffe ne provoquait de contractions dans aucun muscle. L'abolition de la contractilité n'entraînait pas celle de la sensibilité électrique. Ces explorations étaient fort douloureuses. Trois ou quatre jours plus tard, les membres supérieurs étaient envahis à leur tour. Sans être aussi

complète qu'aux membres inférieurs, l'impuissance musculaire était assez considérable, surtout aux avant-bras et aux mains, pour qu'on fût obligé de faire manger la malade. Comme aux membres inférieurs, elle s'accompagnait de fourmillements, de douleurs très pénibles. La contractilité électrique n'était qu'en partie détruite. La sensibilité électrique des muscles était conservée.

A part un certain degré de constipation dont on put toujours se rendre maître sans peine, les fonctions de la vessie et du rectum restèrent indemnes.

Il n'y eut jamais d'eschare au sacrum, ni dans aucun point du corps. Jamais non plus on n'observa d'état fébrile. La température resta toujours à un chiffre au-dessous de la normale, ce qui s'expliquait par l'inanition.

Les fonctions psychiques elles-mêmes avaient subi un choc qui se traduisait par un affaiblissement des fonctions intellectuelles, portant particulièrement sur la mémoire. Si la mémoire des faits anciens était encore relativement conservée, celle des faits actuels, quotidiens, était perdue. Cet oubli des choses récentes donnait parfois à la conversation de Mme X... une tournure singulière.

Dans son entourage, on la considérait volontiers comme une délirante.

En fait, c'était surtout une amnésique avec affaiblissement de l'intelligence. C'est dans ces conditions que, très inquiets sur le dénouement, nous invitâmes M. Joffroy à vouloir bien se joindre à nous et nous apporter les lumières de sa grande compétence dans les maladies du système nerveux.

Nous nous demandions si cette atrophie musculaire à marche suraiguë qui s'était déjà attaquée aux quatre membres n'allait pas aussi envahir les muscles de la respiration.

M. Joffroy émit l'opinion que l'expulsion du fœtus devenait

nécessaire aussi bien à cause de la généralisation de l'amyotrophie qui deviendrait vite fatale, qu'à cause de l'état profondément cachectique qui constituait également un danger pour la vie de la mère. Après discussion approfondie, nous nous rangeâmes à cet avis, et alors que nous nous étions refusés jusqu'ici à toute intervention active, nous considérâmes celle-ci comme la suprême ressource d'une situation immédiatement menaçante. Nous pensâmes, en outre, que, l'opération étant décidée, elle devait être faite à bref délai. Elle fut pratiquée par M. Pinard, avec son habileté bien connue, à l'aide de l'introduction de la sonde. Il fallut y revenir plusieurs fois. Une sage-femme avait été placée en permanence auprès de la malade.

La fausse-couche eut lieu le 13 juillet. Elle fut facile. Le placenta sortit tout entier peu de temps après le fœtus. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Les suites de couches, soignées avec les précautions antiseptiques, furent aussi simples que possible.

A partir de ce moment, la santé s'améliora à vue d'œil.

Bientôt une alimentation choisie, mais très substantielle, etait parfaitement tolérée. Les forces renaissaient assez vite, mais l'atrophie et l'impuissance des membres persistaient comme au moment de l'avortement, les progrès du mal s'étant nettement arrêtés après l'expulsion du fœtus.

C'est dans ces conditions qu'au commencement du mois d'août, nous transportâmes la malade à la campagne à dix lieues de Paris. Il avait été convenu qu'on chercherait à combattre la paralysie, l'amyotrophie. et à réveiller la contractilité à l'aide d'un appareil galvanique formé de cinquante-deux éléments de moyenne dimension au bioxyde de manganèse et au chlorure de zinc.

Nous avons constaté, M. Joffroy et moi, que pour obtenir des contractions appréciables dans les muscles atrophiés des membres inférieurs, en excitant ceux-ci dans les points d'élection par le renversement brusque du courant, il fallait employer de 42 à

52 éléments au lieu de 16 à 18 qu'il faut à l'état normal. La diminution de la contractilité galvanique était donc considérable. Ajoutons que l'on ne constatait pas de différence bien accusée entre la contraction du pôle positif et celle du pôle négatif. On s'assura de nouveau à ce moment de la disparition de la contractilité faradique.

L'appareil fut emporté à la campagne. Mais par suite de circonstances diverses, la malade en refusa obstinément l'usage en raison des douleurs violentes que lui causait l'application des courants. Le séjour à la campagne fut de deux mois. L'amélioration de la santé générale se caractérisa de plus en plus. La paralysie même des membres supérieurs diminua et il était possible à Mme X..., de manger seule, de faire des travaux d'aiguille et même de coudre des étoffes assez dures; les quinze derniers jours de son séjour furent marqués par des douleurs vives dans les membres inférieurs, peut-être occasionnées par de nombreuses heures passées dans un jardin par les températures abaissées de la fin de septembre. Au retour, qui eut lieu au mois d'octobre, la menstruation se rétablit et est restée régulière depuis cette époque.

Mais l'électricité était toujours laissée de côté. Il fallut toute notre insistance, toute l'autorité que M. Joffroy et moi pouvions avoir sur la malade pour la décider à en reprendre l'usage. Depuis lors, jusqu'à aujourd'hui, elle a toujours été mise en œuvre avec quelques rares interruptions. Pour produire les contractions des muscles atrophiés, on faisait des inversions du courant produit par un certain nombre des éléments de l'appareil mentionné précédemment : 42 pour les membres inférieurs, 32 pour les membres supérieurs. Elles ont été abandonnées depuis longtemps pour ceux-ci qui ont recouvré l'intégrité de leurs fonctions. Jusqu'au mois de décembre, les progrès vers la guérison étaient formels mais lents... Mme X..., commençait à pouvoir lever ses jambes de manière à les placer sur une chaise basse placée devant elle. A

cette époque fut ajouté au traitement électrique un enveloppement méthodique, quotidien, dans le drap mouillé qui a été continué jusqu'à aujourd'hui.

Sous l'influence de cette pratique hydrothérapique, dont les débuts ont été marqués par le retour des fourmillements qui inquiétaient la malade parce qu'ils lui rappelaient les premières étapes de sa paralysie, mais que nous considérions comme l'indice du travail de réparation qui se faisait dans le système nerveux, l'amélioration a été plus rapide. Au printemps Mme X..., pouvait faire quelques pas en s'aidant d'une corde tendue le long d'un corridor de son appartement.

Un peu plus tard, il lui était possible d'aller de sa salle à manger à sa chambre à coucher, soutenue par la taille ou bien appuyée sur deux cannes ou sur un bras et une canne. Seulement les extrémités des pieds restaient traînantes en raison de la faiblesse plus persistante dans les muscles antérieurs de la jambe que dans ceux des autres régions.

Nous constatons, M. Joffroy et moi, cet état satisfaisant au milieu du mois de juin de cette année. Mais il y avait alors un œdème assez considérable des pieds et de la partie inférieure des jambes. Comme il n'existait ni affection du cœur, ni albumine, nous nous sommes crus autorisés à le considérer comme un œdème nerveux, lié à un trouble d'innervation vaso-motrice. L'événement a justifié cette manière de voir ; cet œdème a disparu sous l'influence de la marche.

Les mois d'août et de septembre ont été passés à la campagne. L'action de l'air, les longs séjours dans les bois ont encore accéléré l'amélioration. Mme X..., pouvait marcher une demi-heure avec l'aide d'un bras ou d'une canne. Aujourd'hui la guérison peut être considérée comme assurée. Mme X..., peut circuler dans son appartement en posant sa main sur un mur ou sur un objet quelconque. Elle pourrait même marcher sans aucun appui

si la crainte du vide ne ralentissait l'essor de son complet rétablissement. Elle ne traîne même plus l'extrémité de ses pieds, tout en conservant dans sa démarche quelque chose de parétique. Les facultés intellectuelles ont récupéré leur intégrité. Mme X..., a retrouvé l'originalité de son esprit. La pelade, qui avait fait momentanément un retour offensif, a disparu; à une maigreur presque squelettique a succédé un embonpoint peut-être un peu prédominant.

Une récente exploration de la contractilité électrique nous a montré que si elle est maintenant normale aux membres supérieurs, il n'en est pas tout à fait de même aux membres inférieurs où la contractilité faradique dans les muscles qui obéissent parfaitement à la volonté, est encore diminuée.

OBSERVATION II

Traduction de M. Houzel (1), externe des hôpitaux par Whitfield (*The Lancet*, t. II, p. 13, 1883).

Mme R..., âgée de 40 ans, femme d'une rigoureuse sobriété, accoucha à terme, d'une petite fille superbe, le 7 août 1888. C'était sa septième grossesse et les grossesses antérieures n'avaient été suivies ni accompagnées d'aucune maladie.

Durant sa dernière grossesse, cependant, des troubles apparurent durant les premiers mois et augmentèrent à mesure que la

1. M. Houzel, externe des hôpitaux, M. Vataire lieutenant au 125e de ligne, M. Tastet, ingénieur, se sont mis obligeamment à ma disposition pour traduire, les observations anglaises ou allemandes que je reproduis.

Je suis heureux de pouvoir leur témoigner ma gratitude et je leur adresse mes sincères remerciements.

grossesse s'avançait : la peau, dénotant un mauvais état général, était jaune comme si le foie était malade. Elle s'amaigrit rapidement, mais jusqu'à la fin du sixième mois elle ne fut pas contrainte de garder le lit jusqu'au jour où elle fut prise d'une crise de vomissements contenant une grande quantité de bile. Pendant environ une quinzaine de jours elle ne pouvait garder aucun aliment et la faiblesse, devenait si grande que je commençais à penser qu'il allait être nécessaire de provoquer l'accouchement.

Cependant, à la fin de cette quinzaine, l'état de la malade s'améliora un peu et elle put garder un peu d'eau de gruau et de jus de viande. La semaine suivante elle eut la force de se lever un peu dans la journée ; mais cependant les vomissements n'avaient pas cessé complétement et jusqu'à son accouchement il ne se passa de jour qu'elle n'eût une crise. Tous les remèdes classiques furent essayés sans succès ; le bismuth sembla produire de bons résultats ; la malade put s'asseoir tous les jours et descendit les escaliers la veille de son accouchement. Pourtant durant cette quinzaine la malade se plaignit que ses jambes étaient froides et elle s'aperçut qu'elle ne pouvait plus s'en servir : il fallait l'aider pour monter et descendre les escaliers, elle ne souffrait pas, se plaignait seulement de froid dans les jambes. Elle essaya de les réchauffer en s'asseyant devant le feu, mais en vain.

Avant cette grossesse, elle avait une tendance à l'obésité et je crois qu'elle perdit 80 livres (anglaises).

L'accouchement fut normal et dura environ cinq heures. Les vomissements cessèrent le lendemain et elle commença à prendre de la nourriture. Elle n'eut pas de fièvre ; les lochies furent normales.

On pensa qu'elle était en bonne voie de guérison lorsque, après quatre jours, elle se plaignit d'un engourdissement dans les jambes. Quelques jours après, elle éprouva des douleurs intenses dans les membres inférieurs avec sensation de piqû-

res d'aiguilles et d'épingles dans les mains. Elle avait une sensation de brûlure dans les paumes des mains et des douleurs dans les bras. Les mouvements des jambes étaient faciles dans le lit et les bras ne se paralysèrent que douze jours après l'accouchement.

Le onzième jour après l'accouchement, nous la fîmes lever et c'est alors que je pus constater la nature extensive de l'affection. Le docteur Dreschfeld vit la malade avec moi, à ce moment là, et nous trouvâmes qu'elle avait presque perdu complétement l'usage des bras et des jambes. Il lui était impossible de sentir la plus légère pression sur les jambes, et c'est avec difficulté qu'elle pouvait les croiser l'une sur l'autre. Les réflexes patellaires étaient absents. Les deux pieds étaient en extension et les doigts fléchis.

La paralysie des mains portait sur les extenseurs. Elle avait de la difficulté pour s'asseoir dans son lit et se plaignait d'engourdissement dans la partie inférieure de l'abdomen et à l'épigasre. Heureusement la respiration était normale. A l'émergence des nerfs, des bras et des jambes, elle éprouvait une vive douleur.

La sensibilité cutanée variait suivant les endroits, augmentée en certains points, elle était diminuée en d'autres.

Nous lui ordonnâmes une potion à la strychnine et du massage.

En huit jours elle alla mieux. L'amélioratien fut lente, mais continuelle. Actuellement les bras, les avant-bras, les cuisses et le tronc sont presque rétablis, mais les mains, les jambes et les pieds ne le sont pas. Elle ne peut pas endurer de poids sur les pieds comme autrefois et cependant elle peut les fléchir et les remuer plus facilement.

La force revient progressivement.

OBSERVATION III

Traduction de M. Houzel, externe des hôpitaux.

Manie et Névrites multiples au cours de la grossesse, par William Polk (*Med. Rec.* N.-Y., 1890).

Il y a 3 ans, une malade vint réclamer mes soins étant sur le point d'accoucher pour la première fois et dans les circonstances suivantes : Agée de 36 ans, elle était mariée depuis une année. Ce mariage s'était fait malgré l'avis de son médecin dont l'opposition s'était basée sur la constatation d'un rétrécissement mitral. Cette malade connaissait en partie les dangers de la grossesse et de l'accouchement occasionnés par sa lésion cardiaque ; aussi était-elle anxieuse sur la terminaison de sa grossesse.

A l'examen on constate un souffle intense de rétrécissement mitral ; mais à part ce souffle l'état de la malade était aussi bon que possible à tous les points de vue. Il en fut de même jusqu'au moment de l'accouchement. Ce dernier se fit naturellement et la lésion cardiaque constatée n'occasionna ni symptômes spéciaux, ni gêne.

La convalescence se fit fort bien ; elle allaita son bébé pendant peu de temps et sa santé se maintint excellente. J'étais étonné de l'absence de tout symptôme cardiaque, non seulement parce que l'auscultation indiquait les signes d'une lésion évidente, mais parce que j'avais été vivement frappé par le conseil donné par le médecin précédent, spécialiste éminent des affections cardiaques et l'un de ceux auxquels j'ai le plus confiance. Une santé robuste se maintint jusqu'à la seconde grossesse qui débuta en juin 1889 ;

à cette époque la malade ressentit quelques désordres cérébraux. Je la vis en juillet et je trouvai que les nausées et les vomissements commençaient à devenir inquiétants. Ma surprise en fut d'autant plus grande, que pendant sa première grossesse jamais ces symptômes ne s'étaient présentés. Les troubles gastro-intestinaux s'aggravèrent au point que du 1er juillet au 20 août la malade ne put prendre que très peu de nourriture dont elle vomissait d'aileurs une grande partie.

Un examen sérieux des divers organes, de l'utérus et des annexes ne révéla aucune lésion. Etant données ces circonstances et surtout en face de l'anémie marquée qui était survenue, car la malade avait toutours été bien portante et forte, la question de l'accouchement provoqué pouvait être envisagée. Il faut dire d'ailleurs qu'avant de formuler une semblable solution, tous les agents thérapeutiques capables d'agir sur les nausées et les vomissements avaient été essayés.

Vers le 20 août, les nausées et les vomissements s'accentuèrent, puis cessèrent bientôt, si bien que le 1er septembre, la malade s'alimentait de nouveau fort bien et les symptômes gastriques avaient disparu. Mais alors les signes d'un léger dérangement cérébral apparurent.

Peut-être les toutes premières manifestations de cet état apparurent-elles vers le 12 août. Le 20 septembre, ces symptômes étaient tellement accusés qu'il était impossible de ne pas s'apercevoir du développement d'une manie peu marquée. Concurremment avec le développement de cette affection mentale apparurent les signes d'une paralysie des extenseurs, localisée au membre supérieur tout d'abord, et qui s'étendit aux membres inférieurs.

La paralysie se généralisa graduellement jusqu'à ce que presque tout mouvement des membres inférieurs eût disparu.

La même évolution se fit aux membres supérieurs de l'articu-

lation de l'épaule jusqu'à la main. Les bras pouvaient être agités, mais il semblait que ces mouvements étaient dus aux muscles du tronc. Les muscles respiratoires ne tardèrent pas à être envahis et la parésie devint graduellement plus marquée jusqu'à la mort de la malade. Celle-ci survint le 25 octobre.

Le 20 septembre, on nota de l'incontinence des urines; pensant qu'il s'agissait peut-être d'une rétention, le cathétérisme fut pratiqué à plusieurs reprises, mais la vessie fut toujours trouvée vide. Jusqu'au 1er octobre, on remarqua des élévations de température ne présentant aucune régularité. Mais après le 1er octobre, cette fièvre devint plus marquée et régulière. La température du matin était de 99 1/2, celle de l'après-midi et du soir de 101 1/2. Toutefois la fièvre n'avait pas une telle régularité que l'on pût croire à la malaria, à une fièvre typhoïde ou à une complication.

Les urines, qui étaient rares, étaient purulentes et le pus s'y montrait en si grande quantité que nous fûmes convaincus que c'était l'état vésical qui était la cause de la température.

Du 10 septembre jusqu'à sa mort la malade absorba une quantité de nourriture largement suffisante pour se soutenir, et même pendant les trois dernières semaines, elle mangea davantage. A cette alimentation s'ajoutaient des boissons alcooliques stimulantes, en grande quantité. Malgré l'abondance de nourriture et de stimulants qui (les matières fécales le prouvaient) étaient bien assimilés, le malade baissait progressivement et mourut enfin de cachexie. La manie progressa parallèlement à l'affection et la paralysie demeura stationnaire. Le Dr Dana. qui fut appelé en consultation, fut d'avis que la malade, lorsque je l'avais vue, était en état de délire léger et passager. Elle reconnut quelques membres de sa famille. mais avait peu conscience de son état et de son entourage. Elle oublia vite l'histoire de sa maladie, parlait beaucoup avec incohérence. Elle avait des hallucinations rapides et changeantes, mais qui l'anéantissaient toujours plus ou moins.

Par moments, elle présentait une grande excitabilité et des accès de folie surtout la nuit.

Il lui semblait voir des épées au-dessus de ses mains et demandait constamment qu'on les enlève. Il lui semblait également que quelque objet se trouvait sur ses pieds. Elle était paralysée des fléchisseurs et des extenseurs des doigts avec perte complète de la préhension des objets, une atrophie des muscles de l'avant-bras et une hyperesthésie musculaire.

Il y avait également de la chute du pied et une paralysie des muscles des jambes et des deux cuisses plus marquée à droite. Elle pouvait remuer les cuisses, mais pas le pied ni les orteils. Il y avait une atrophie considérable et de l'hyperesthésie. Aucune zone d'anesthésie ni aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs. Elle avait évidemment de la paresthésie de ses extrémités et quelques douleurs. La vessie fut momentanément atteinte, si bien que la malade urinait involontairement, peut-être son état mental en était-il la cause. Le sphincter anal était intact.

Impossible de faire un examen électrique, aucun trouble trophique.

Pendant le temps où je vis la malade, la paralysie et l'atrophie augmentèrent légèrement, surtout au niveau du membre inférieur. Son état mental s'améliora un peu, si bien qu'elle pouvait dormir et elle était plus calme.

Le diagnostic était celui de névrites multiples toxémiques et de troubles mentaux d'origine névritique.

Autopsie. — L'examen porta sur tous les organes : ils étaient tous normaux sauf la vessie et le rein droit. Il y avait de la cystite et une pyélonéphrite. Le cœur était *absolument normal.* La moelle fut examinée à quatre niveaux différents : elle était normale de même que les racines antérieures et postérieures. L'examen fut fait macroscopiquement et microscopiquement.

Mais malheureusement les troncs nerveux et les muscles ne furent pas examinés. L'examen complet de tous les organes (si l'on suppose que l'on se trouve en présence d'un cas médico-légal) ne montrant aucune lésion, sauf dans la vessie et le rein droit ; les conclusions posées sur la nature de la paralysie qui nous occupe sont légitimes.

Remarques. — Il s'agit évidemment de névrites multiples associées suivant un type nouveau. La folie survenant tôt et précédant le travail, était une bonne indication pour que l'on provoque l'accouchement. Deux cas analogues de névrites multiples ont déjà été publiés : l'un dans le *Lancet*, l'autre dans le *Journal de Gynécologie et d'Obstétrique* de Paris. Les points intéressants sont :

1° La névrite multiple ;

2° Le cœur ;

3° La folie ;

4° La cystite et son extension au rein droit.

Chez ma malade on ne reconnut aucune cause de névrites multiples, sauf l'épuisement dû à l'inanition prolongée, l'hygiène de la malade et de sa famille étant excellente.

La cystite fut certainement due à un cathétérisme malpropre.

(Lu devant la Société médicale de Londres, le 4 avril 1890).

OBSERVATION IV

In thèse de Bayle et *Semaine médicale*, 1892, p. 412. *Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse s'accompagnant de névrite périphérique multiple*, par Solowjeff. (Med. obozr, t. XXXVII, p. 11, 1892).

Femme âgée de 24 ans.

Antécédents névropathiques. — La malade a eu, à 18 ans, des accès hystériques convulsifs, survenus à la suite d'une fracture de l'humérus. D'ailleurs la malade présente des stigmates non douteux d'hystérie, sous forme de plaques d'anesthésie et de paresthésie surtout aux membres inférieurs. Avant son mariage elle avait eu des troubles gastro-intestinaux. Elle se marie en juillet 1891, et devient enceinte en octobre de la même année. Un mois après le début de sa grossesse, la malade est prise de vomissements tenaces ; elle est obligée de s'aliter. On la nourrit avec des lavements nutritifs.

Le 1er janvier, elle entre à l'hôpital de Moscou.

A l'examen, on constate un utérus en antéversion ; son col, dirigé en arrière, est conique et rigide.

De plus, la malade présente les symptômes qui indiquent évidemment l'existence d'une névrite périphérique multiple. On constate, en effet, une parésie marquée des membres inférieurs s'accompagnant d'hyperesthésie.

La pression sur les muscles et les principaux troncs nerveux est douloureuse. surtout à gauche. L'atrophie musculaire est très prononcée. Il y a des traces d'albumine dans les urines. Certains muscles, tels que les péroniers, le tibial antérieur et l'extenseur commun des orteils présentent une diminution considérable de

l'excitabilité faradique et on y constate, en outre, la réaction de dégénérescence. Réflexe rotulien aboli à gauche, affaibli à droite

Il existait du prurit cutané et une éruption eczémateuse au dos et à la nuque. Les vomissements persistent et ces symptômes de polynévrite s'accentuent tous les jours. Solojeff se refuse à pratiquer un accouchement provoqué en raison de l'état d'affaiblissement de la malade.

La maladie se termine par la mort.

L'examen microscopique des différents troncs nerveux démontra l'existence d'une névrite parenchymateuse caractéristique dans le nerf phrénique et moins prononcée dans les autres nerfs. Comme aucune cause habituelle de polynévrite (alcoolisme et autres intoxications) n'a été notée dans les antécédents de la malade, M. Solojeff est d'avis que dans ce cas la polynévrite a été provoquée par des toxines élaborées dans l'organisme sous l'influence des vomissements incoercibles.

(Med. Obozr, XXXVII, 11, 1892).

OBSERVATION V

(*In* thèse de Bayle).

Polynévrite consécutive à la grossesse et à l'accouchement. Paralysie des quatre membres. Guérison.

Par Ch. Vinay, agrégé, médecin de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Anne-Marie W..., 38 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, 42, le 28 août 1895. Son père est mort à 42 ans de tuberculose pulmonaire ; sa mère à 54 ans, d'une maladie inconnue.

Deux frères et trois sœurs bien portants. Pas de tare nerveuse dans la famille. Cette femme est mariée, son mari se porte bien.

Réglée à 13 ans. la menstruation a toujours été régulière ; pas de maladies antérieures, jamais de rhumatisme d'aucune sorte, ni de crises convulsives, aucun stigmate de l'hystérie. Cette femme a eu six enfants, cinq sont bien portants, un est mort à six mois de la coqueluche ; deux fausses-couches, il y a six ans et trois ans. Ses grossesses antérieures ont été bonnes, et la dernière, qui s'est terminée le 1er août 1895, par un accouchement à terme, d'un enfant bien portant, a présenté les particularités suivantes : Pendant les trois ou quatre premiers mois, il est survenu des pertes sanguines fréquentes, arrivant sans douleurs ; le sang était parfois rouge ; mais la plupart du temps il se présentait sous la forme de caillots noirs. Au dire de la malade, ces pertes l'ont beaucoup affaiblie. Pendant les deux derniers mois de cette même grossesse elle a eu des vomissements alimentaires et non alimentaires ; en même temps elle ressentait des douleurs dans les mollets, ainsi que des fourmillements dans les pieds et dans les mains ; la marche était facile, la fatigue arrivait plus vite. Pas de constipation.

L'accouchement, qui eut lieu le 1er août, fut normal, et ne nécessita aucune intervention ; l'enfant était peu volumineux ; la délivrance fut suivie d'une perte assez abondante. Le troisième jour après l'accouchement, il survint quelques symptômes généraux, tels que malaises, céphalalgie, mais il n'y eut ni frissons, ni diarrhée, ni douleurs abdominales ; cette fièvre n'a duré que quarante-huit heures.

Le quatrième jour des couches, la malade voulut se lever, mais il lui fut impossible de se tenir sur ses pieds, et, à son grand étonnement, elle s'affaissa à terre. Elle vit également qu'elle était impotente des bras, qu'elle ne pouvait tenir son enfant, qu'elle était incapable de porter ses mains derrière la tête, de porter ses

aliments à la bouche, de coudre ou d'ouvrir un couteau. Elle éprouvait à l'état de repos des lancées et des fourmillements dans les membres supérieurs et inférieurs qui ont subi, dans les derniers temps surtout, un amaigrissement considérable. Elle a continué à nourrir son enfant pendant un mois, jusqu'à son entrée à l'hôpital. L'enfant se porte bien.

Actuellement l'état général est bon, l'appétit assez bien conservé; un peu de constipation, pas de pertes; le retour des couches n'a pas encore eu lieu. A l'examen de la malade, on constate qu'on lui fléchit ou étend la jambe sur la cuisse avec la plus grande facilité, malgré la résistance qu'elle peut opposer. Le quadriceps crural paraît plus atteint que les autres muscles. Elle résiste un peu plus dans les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin; elle résiste bien dans les mouvements des pieds; quand les jambes sont écartées dans le lit il y a impossibilité de les réunir, de même que les talons ne peuvent quitter le plan du lit et s'élever quelque peu.

Au membre supérieur, la malade résiste à peine quand on essaye de lui fléchir les mains, elle résiste un peu plus dans le mouvement d'extension que dans le mouvemeut de flexion.

Les deltoïdes sont également très faibles. La malade peut actuellement porter la main derrière la tête, mais on lui abaisse le bras avec beaucoup de facilité; elle reste incapable de se servir de ses doigts pour coudre, pour enfiler une aiguille, ouvrir un couteau. De temps en temps, et surtout le matin, elle a des douleurs lancinantes et des fourmillements dans les membres inférieurs, au niveau des mollets et des orteils. Les réflexes patellaires sont abolis; pas de troubles trophiques, sauf l'amaigrissement des masses musculaires des membres atteints, rien du côté des organes des sens, pas de troubles objectifs de la sensibilité ; intelligence normale.

Rien aux poumons, ni au cœur.

Les muscles de la respiration, de la déglutition, de la langue, du visage et des yeux sont indemnes.

Température normale. Pas d'albumine dans les urines ; la miction et la défécation ne présentent aucun trouble.

Examen électrique. — Courants faradiques : à l'examen, on constate que les muscles de la jambe et de l'avant-bras se contractent normalement ; il n'en est pas de même du côté de la cuisse, du bras et de l'épaule ; on voit au moyen du chariot de Dubois-Raymond qu'il faut un courant beaucoup plus fort du côté de ces derniers muscles.

Courants galvaniques : à la cuisse, à droite et au Ka, il faut 14 milliampères pour obtenir une contraction à la fermeture, on n'a pas de contraction à l'ouverture ; avec un courant de 5 milliampères, on obtient des contractions réflexes du triceps, qui se produisent même quand on électrise l'autre cuisse. Ces contractions ne sont pas fusionnées. A l'An, on a le même type de contraction ondulatoire avec un courant de 3 milliampères. Il faut un courant de 19 milliampères pour avoir une contraction unique à la fermeture. A l'ouverture on n'a rien.

A la cuisse gauche, au Ka, secousse à la fermeture avec un courant minimum de 16 milliampères ; à l'An il faut 20 milliampères.

Pour les deltoïdes : à droite, il faut au Ka 12 milliampères, et à l'An autant ; à gauche 21 milliampères au Ka, et 19 à l'An.

En résumé, on voit qu'il faut à peu près la même intensité de courant, soit au Katode, soit à l'Anode, pour obtenir une contraction et seulement à la fermeture. En outre, il faut un nombre de milliampères plus considérable pour obtenir la contraction (moyenne 5 milliampères).

La sensibilité électrique est intacte.

Traitement. — Tous les deux jours, 1 gramme d'ergotine en injections sous-cutanées : le jour intercalaire, M. le docteur Des-

tot, qui a bien voulu se charger de l'examen électrique de cette malade et du traitement approprié, lui a fait prendre un bain électrique d'une demi-heure, mais pour les jambes seulement.

7 septembre. — Le retour des couches qui vient de faire son apparition, n'a déterminé aucun changement dans l'état de la malade.

11 septembre. — Il semble qu'il y ait une légère amélioration du côté des membres inférieurs ; au lit l'impotence est moins grande ; ainsi la malade commence à fléchir les genoux, mais elle reste incapable de détacher les talons du plan du lit, la jambe étant étendue, et à plus forte raison de se tenir debout.

Du côté des membres supérieurs, les progrès dans le retour de la motilité sont évidents ; la malade peut porter ses mains derrière la tête, lever les épaules, mais les petits mouvements délicats des doigts restent impossibles, comme coudre, broder ou simplement ouvrir un couteau.

18 septembre. — On cesse les bains électriques, mais on continue les injections d'ergotine.

20 septembre. — L'amélioration signalée précédemment se continue.

Du côté des membres inférieurs, la malade peut, à gauche, détacher le talon et élever le pied à dix centimètres de hauteur, tandis que du côté droit ce mouvement reste impossible. Du côté des muscles de la jambe et du pied les fonctions semblent normales ; toutefois, il persiste quelques troubles subjectifs de la sensibilité : ainsi, il y a toujours des élancements douloureux dans la cuisse, dans la jambe et les pieds des deux côtés. Les orteils sont toujours de temps à autre le siége de fourmillements.

Du côté des membres supérieurs, il y a également quelques fourmillements du côté des doigts, mais ces symptômes s'atténuent, la motilité s'améliore également, la malade peut ouvrir

un couteau. Toutefois, il reste de la difficulté à coudre. L'état général est excellent et l'appétit soutenu depuis l'entrée de la malade dans le service. Il n'y a pas de troubles intestinaux; la miction est normale, pas de douleurs en ceinture.

Non seulement la marche, mais encore la simple station debout sont impossibles; quand on tente de mettre la malade sur ses pieds, elle s'affaisse rapidement.

Dans le décubitus dorsal les mouvements d'adduction et d'abduction des jambes sont toujours gênés.

30 septembre. — Malgré l'interruption du traitement électrique, la situation a continué de s'améliorer.

Du côté de ses membres inférieurs les mouvements d'adduction et d'abduction se font à peu près normalement; il existe seulement quelques douleurs le long des nerfs sciatiques. Dans le décubitus dorsal, la malade peut facilement élever ses pieds et les détacher du plan du lit, toutefois la marche ou simplement la station debout restent encore impossibles.

Par contre, les membres supérieurs paraissent avoir repris leur fonctionnement normal; tous les mouvements s'effectuent bien et pour la première fois la malade a pu se peigner elle-même.

15 octobre. — Les mouvements de la jambe et des bras semblent normaux tant que la malade est couchée dans son lit, mais jusqu'à présent la simple station debout était impossible. Aujourd'hui pour la première fois, la malade a pu se tenir sur le plancher, debout, les pieds écartés; mais dès quelle a voulu faire un pas elle s'est effondrée et on a dû la relever.

On cesse aujourd'hui l'ergotine que l'on a employée jusqu'à présent à la dose de 1 gramme, tous les deux jours, en injections sous-cutanées et on revient au traitement électrique par les courants continus.

21 octobre. — L'amélioration continue; non seulement la

malade peut se tenir sur ses jambes, mais encore elle est capable de faire quelques pas seule et sans soutien; sans doute la fatigue arrive vite et, avec elle, l'impotence motrice, mais il y a progrès manifeste. Les douleurs ont totalement disparu; les masses musculaires amaigries reprennent leur aspect antérieur

Les fonctions semblent normales du côté des membres supérieurs. L'état général est excellent, bon appétit et sommeil naturel.

28 octobre. — La malade peut faire une assez longue promenade sans appui.

20 novembre. — La malade sort à peu près guérie. Les douleurs ont disparu, les membres supérieurs ont recouvré leur fonctionnement habituel.

Il reste seulement un peu de paresse du côté des jambes; la marche est possible, même la marche un peu prolongée, mais il reste toujours une fatigue rapide et un peu de lenteur dans les mouvements de progression.

OBSERVATION VI

Traduction de M. le lieutenant Vataire.
(*Wiener Klin. Woch.*, 1895), par Mader.

Th. F..., épouse d'un ciseleur, âgée de 25 ans, entre dans mon service le 4 février et est morte le 7 juillet 1894.

Quand elle est entrée dans mon service elle était enceinte de trois mois. Elle avait déjà eu deux grossesses et elle avait accouché à terme. Au cours des deux premières grossesses, comme au cours de celle-ci, la malade présenta des vomissements; au cours

de sa dernière grossesse ce fut pendant la septième semaine que débutèrent les vomissements qui duraient encore lorsqu'on nous amena la malade ; au cours des deux premières grossesses les vomissements débutèrent pendant le cinquième mois et la grossesse suivit son cours. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier.

A son entrée, la femme était déjà très affaiblie et très débile, sans fièvre cependant. Elle était très apathique, sans trouble psychique. La malade vomissait d'abord tout ce qu'elle prenait, puis elle vomit alors qu'elle ne mangeait pas et refusait tout ce qu'on lui offrait. L'alimentation rectale fut instituée tout le temps que durèrent les vomissements bilieux.

15 février. — On fit prendre à la malade une solution de viande (avec un peu de cocaïne) qui fut bien supportée. Mais les premiers jours, la malade vomit la soupe aux œufs. Les lavements nutritifs furent bien supportés.

24 février. — A partir de ce jour les vomissements cessent tout à fait quoique la quantité d'aliments fût augmentée. Le 1er mars elle mangea de la poule et ne vomit pas.

Mais quoique la malade mangeât suffisamment elle ne se rétablissait pas. Au contraire, l'épuisement et la maigreur s'accentuaient encore. La malade devait être cathétérisée. Elle se plaignait de froid, elle était très apathique, elle était couchée, sans force. Le ventre était creux et semblait toucher la colonne vertébrale. On sentait l'utérus au delà de la symphyse. Il était évident que ce n'étaient plus les vomissements mais la gravidité qui était la cause de cet état. Je voulais provoquer l'accouchement, mais on ne voulut pas suivre mon avis. La faiblesse augmentant, je fis rentrer la malade à la section de gynécologie pour pratiquer l'accouchement prématuré qui eut lieu le 21 mars et j'obtins un fœtus long de 12 centimètres. L'involution utérine s'accomplit

peu à peu. Comme je l'avais prévu il survint un changement favorable dans l'état de la malade.

Quand, le 2 avril, elle fut transférée de nouveau dans ma section, je fus très heureux de la voir fraîche et avec tout l'éclat de la vie.

La malade demanda à être transportée au jardin et resta couchée au soleil pendant une heure.

Malgré tout, la maigreur persista, cependant le 8 avril, les muscles ne paraissaient pas être atrophiés, ni paralysés, mais on ne fit pas d'épreuve électrique. La sensibilité était normale et la malade ne se plaignait pas d'élancements. Le pouls était fréquent, petit. La voix était faible, enrouée. Le ventre toujours en bateau. L'appétit était conservé.

Le 10 mai. — Alors que la malade présentait toujours le même aspect, je l'examinai de nouveau. Maintenant on ne pouvait plus douter de l'existence d'une polynévrite soupçonnée à peine jusqu'à présent. La sensibilité était considérablement diminuée dans tous ses modes aux deux jambes, L'analgésie était complète. Les bras présentaient une sensibilité normale. Les mouvements actifs des bras (autant que le permettait la faiblesse générale) étaient normaux. Les jambes pouvaient s'élever au-dessus du plan du lit. La pression des muscles et des nerfs de la jambe était très douloureuse. Il existait aussi de la douleur spontanée et une sensation de froid dans les jambes et de chatouillement à la plante des pieds où les douleurs paraissaient manquer.

L'exploration électrique ne donna rien de particulier au niveau des bras qui semblaient être atrophiés. Aux membres inférieurs le résultat était variable: le quadriceps réagissait au courant faradique ; les autres muscles des jambes n'étaient excitables ni directement ni indirectement. L'exploration galvanique donna les mêmes résultats.

Les muscles du dos étaient également atrophiés.

Jusqu'à ce moment la malade n'avait pas présenté de fièvre.

Le 22 mai. — Je lui trouvai, pour la première fois, de la fièvre (39°8), et depuis ce moment la température s'éleva constamment jusqu'à la mort.

Nous n'avons rien remarqué de particulier dans le rythme respiratoire; pas de difficulté pour respirer, pas de toux, pas de dyspnée, pas de cyanose, pas de sueurs.

14 juin. — L'atrophie progresse et s'étend à la main gauche.

La malade présente des mouvements involontaires et comme athétosiques.

L'excitation faradique des muscles de l'avant-bras est quelque peu affaiblie.

28 juin. — A gauche la malade serre encore faiblement la main; les jambes sont complétement paralysées. Les muscles des yeux n'ont pas été atteints. L'évacuation des matières a été jusqu'à la fin sentie.

Elle est morte le 7 juillet.

OBSERVATION VII

Par le Dr Stembo de Wilna (Russie).
Traduction de M. Tastet, ingénieur.

Un cas de polynévrite au cours de la grossesse consécutive à des vomissements incoercibles.

La femme Céc. Gr..., ne présente aucun antécédent héréditaire fâcheux. Dans l'enfance elle a toujours été bien portante. Elle a été réglée à 14 ans et depuis elle a toujours été bien réglée. A 24 ans, elle se marie avec un homme robuste et bien portant.

Sept mois après son mariage, elle devint enceinte. Au commencement du deuxième mois de sa grossesse elle présenta des vomissements qui en peu de temps devinrent très prononcés malgré les traitements variés et opportuns qu'on leur opposa. Ils durèrent plus de trois mois. C'est durant cette période que la malade commença à se plaindre de douleurs dans les jambes. Ces douleurs cessèrent au bout de quelque temps, et la malade, alitée depuis le début de ses vomissements, voulut se lever.

Mais elle sentit une telle faiblesse dans les jambes qu'elle ne put pas se tenir debout et elle s'affaissa. Le membre inférieur gauche était le plus faible et était aussi le siége de vives douleurs. Je fus consulté pour la première fois peu de temps après : j'examinai la malade et je fis un examen électrique.

Voici ce que je constatai :

La patiente est une femme de 25 ans, bien constituée, de taille moyenne.

Du côté de la face. on ne remarque rien d'anormal : elle fronce les sourcils, elle ouvre et ferme les yeux qui peuvent accomplir tous les mouvements normaux. Les pupilles réagissent bien, le champ visuel n'est pas rétréci. Pas de dyschromatopsie.

La mémoire est affaiblie, la compréhension un peu difficile. La langue n'est pas paralysée et ne présente pas de tremblements fibrillaires. Il n'existe aucun trouble de la phonation ni de la déglutition. La température est normale ; le pouls, le cœur et les poumons, n'offrent rien d'anormal.

La hauteur de l'utérus répond au sixième mois de la grossesse Les fonctions urinaires et intestinales ne présentent rien de particulier.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Au membre supérieur la motilité n'est pas atteinte ; pourtant la flexion et l'extension des doigts sont un peu douloureuses.

Au membre inférieur, la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin. et le pied est en varus équin. Les muscles des membres inférieurs sont visiblement plus atrophiés que les supérieurs : Cette atrophie est surtout accusée dans la région antéro-externe de la jambe gauche.

La sensibilité est peu altérée ; on constate seulement un peu de diminution de la sensibilité à la partie inférieure de la cuisse.

La force musculaire est très amoindrie. Le réflexe patellaire est affaibli à droite, complétement aboli à gauche.

Les muscles sont très sensibles à la pression et présentent une grande surexcitabilité : Les nerfs tibial et musculo-cutané sont, de même, douloureux à la pression.

L'exploration électrique donna les résultats suivants : au membre supérieur, on ne note rien d'anormal, peut-être peut-on dire qu'il existe un retard dans la contraction. Au membre inférieur droit, l'excitation galvanique et faradique est amoindrie d'une façon insignifiante. Au membre inférieur gauche, on trouve que l'excitation au courant faradique est presque nulle, de même au courant galvanique l'excitation des nerfs est faible. Les muscles réagissent encore au courant galvanique, mais la contraction est lente, vermiculaire.

Le traitement électrique amena une grande amélioration, si bien que vers la fin du huitième mois de sa grossesse la malade a pu commencer à marcher. Elle mit au monde un enfant vivant, à terme, qui mourut peu de temps après. Le traitement fut continué et, un mois après l'accouchement la malade est déjà en état d'entreprendre une petite promenade à pied.

OBSERVATIONS VIII

Par Georges Elder (*Lancet Lond.* 1896, II. 232) (1re observation).
Traduction de M. Houzel, externe des hôpitaux.

Névrite périphérique au cours de la grossesse.

Une femme mariée, âgée de 33 ans, fut examinée pour la première fois le 11 décembre 1895, elle se plaignait de faiblesse et de picotements dans les deux mains, depuis environ deux mois. Elle avait déjà huit enfants, tous nés en bonne santé ; pas de fausses-couches. Au cours d'une de ses dernières grossesses (il y a 7 ans) elle affirmait avoir eu « une maladie du rein » étant enceinte de 5 mois. A cette époque elle n'avait eu aucun symptôme sérieux, aucune crise convulsive : il n'y avait eu alors aucun état comparable à l'état actuel et elle accoucha à terme d'un enfant bien portant. Jamais à aucun moment elle ne ressentit alors de picotements et de faiblesse ni dans les mains ni dans les pieds.

Dans le cours de sa grossesse actuelle elle ne présenta rien d'autre jusqu'à l'apparition des symptômes actuels, qu'un mal de gorge. Ce dernier ne dura qu'un jour ou deux : il n'y avait personne dans le voisinage atteint d'angine, à sa connaissance, et d'ailleurs il n'y a aucune raison pour penser à de la diphtérie, la malade étant sujette aux angines. C'était évidemment là, une poussée aiguë de la pharyngite granuleuse qu'elle a encore actuellement.

Enceinte de six mois environ, elle commença à ressentir des picotements dans la main droite avec sensation de piqûres

d'épingles et d'aiguilles, surtout la nuit. Les douleurs augmentèrent, elles devinrent lancinantes, puis la malade ressentit un refroidissement de sa main et ne put plus en faire usage comme auparavant.

Souvent les douleurs provoquaient de l'insomnie et bientôt la main gauche fut atteinte de la même manière, et tout dernièrement elle ressentit un engourdissement de la cuisse gauche. A l'examen la malade paraît être une femme bien portante. Elle est enceinte de 8 mois.

Elle se plaint de céphalée légère, mais n'a ni vomissements, ni nausées, ni aucun trouble de la vue.

L'examen des urines montre qu'il n'y a ni sucre ni albumine.

Le cœur est normal. A l'heure actuelle elle a un peu de pharyngite granuleuse. Aucun stigmate d'alcoolisme dans ses antécédents, et la malade est très sobre.

Ses mains la préoccupent beaucoup, car les douleurs lancinantes, les picotements et les impressions de froid et de chaud sont maintenant très accusés. Elle laisse tomber tout ce qu'elle prend et ne pourrait faire aucun travail délicat.

Il lui est possible de prendre en mains une bouillote, beaucoup trop chaude pour être tenue par toute autre personne, sans éprouver la moindre sensation de chaleur.

Les mains sont froides, les poignets ont conservé leur force. Elle peut serrer assez fortement avec ses deux mains quoiqu'elle laisse échapper souvent les objets qu'elle a saisis, ce qui tient certainement à une perte de la sensation du tact. Ses perceptions sont émoussées plus dans la main droite que dans la main gauche. Il y a abolition de la sensibilité à la douleur, au tact et à la température.

Les pieds ne paraissent pas en cause ; il n'y a pas de sensibilité spéciale à la pression sur les trajets nerveux.

L'accouchement eut lieu le 4 février 1896 et fut normal. Les

symptômes commencèrent à disparaître immédiatement après la délivrance, et en l'espace de trois ou quatre semaines elle fut complétement rétablie sauf qu'un très léger picotement subsistait encore dans les mains.

2e Observation

Une femme mariée âgé de 37 ans fut examinée au moment de son accouchement: elle en était à son onzième enfant. Tous sont bien portants et jamais elle n'a fait de fausses-couches.

Dans ses antécédents il n'y a ni syphilis ni alcoolisme. On ne note aucun mal de gorge.

Rien dans les urines pendant toute la grossesse.

Pas de symptômes d'intoxication par le plomb ou tout autre métal.

Jamais la malade n'avait ressenti de douleurs comparables à celles qu'elle éprouva au sixième mois de sa grossesse.

Elle présenta alors des picotements et de la faiblesse dans les doigts ; l'anesthésie devint plus marquée et la malade laissait tomber les objets et ne pouvait plus ni tricoter, ni faire un ouvrage délicat. Quelques semaines avant l'accouchement les mêmes symptômes débutèrent aux pieds et s'aggravèrent progressivement. A l'examen on constatait aux mains et aux pieds une diminution très accusée de la sensibilité plus marquée sur les faces palmaire et plantaire. L'analgésie et la thermo-anesthésie étaient plus marquées que l'anesthésie, quoique la perception des objets ne fût pas intacte. Les mains et les pieds n'étaient pas tombants et la malade pouvait serrer fortement les mains.

Le réflexe plantaire était intact, ainsi que le réflexe rotulien. Aucune douleur sur le trajet des nerfs à la pression.

Après l'accouchement les perceptions devinrent progressivement plus nettes, et trois mois plus tard elle était complétement guérie, sauf un léger picotement passager dans les mains. Les troubles de la sensibilité avaient complétement disparu.

OBSERVATION IX

Parker (*Lancet Lond.*, 1896, II, 232).
Traduction de M. Houzel, externe des hôpitaux.

Névrite périphérique au cours d'une grossesse.

Il s'agit d'une femme, âgée de 42 ans, qui vint me consulter en août 1893, se plaignant de fortes douleurs et de faiblesse dans les deux mains. Ces symptômes avaient débuté il y a un mois.

Cette femme mariée depuis 19 ans avait eu 9 enfants, et elle avait fait une fausse-couche. Quatre des accouchements s'étaient effectués naturellement, mais les cinq autres avaient été laborieux et avaient néccessité l'application du forceps. Un enfant était mort-né; quant aux autres ils étaient vivants et bien portants. Quant à la mère ce qui frappait à première vue c'est qu'elle s'inquiétait de sa santé et qu'elle était très anémique.

Elle se plaignait de vives douleurs dans les deux mains, « comme si on lui arrachait la chair des os » et aussi de douleurs constantes comparées à des piqûres d'épingles ou d'aiguilles. Ces douleurs étaient plus vives la nuit et l'empêchaient de dormir.

La malade avait constaté que pendant le mois précédent elle ne pouvait presque plus faire sa toilette, et que même tout récemment elle n'était plus capable de porter une théière.

A l'examen je constatai une perte très considérable de la force musculaire des deux mains dans la flexion des doigts sur la paume ; de plus il y avait de la diminution très marquée de la sensibilité, car la malade ne sentait plus une piqûre d'aiguille sur aucun de ses doigts, sur la paume ou le dos des mains. Au-dessus des poignets la sensibilité était normale.

Les mains étaient très froides, les doigts, dans la flexion ne pouvaient pas être étendus et les articulations des phalanges paraissaient augmentées de volume.

Rien d'anormal du côté des membres inférieurs.

L'examen des urines pratiqué dès le premier jour, et dans la suite, n'a jamais montré la présence de sucre et d'albumine. La densité était normale.

Ces symptômes restèrent stationnaires, ou même devinrent plus accusés jusqu'à l'accouchement qui se fit en novembre, après lequel ils commencèrent immédiatement à diminuer pour cesser complétement un mois après. La malade était alors capable de faire sa toilette et de vaquer à ses occupations.

Cette amélioration eut lieu malgré un accouchement très laborieux. Le travail commença à 4 heures du matin le 23 novembre 1893. La dilatation complète du col survint rapidement, cependant la tête ne put franchir le détroit pelvien. Le 24 à 2 h. 30 du matin il n'y avait aucun progrès et la malade commençait à être épuisée. On résolut alors de l'accoucher au forceps. Ceci fut fait avec de grandes difficultés, et malheureusement le périnée qui avait été rompu auparavant se déchira, comme un morceau de papier buvard mouillé, jusqu'au rectum intéressant le sphincter anal. Cette déchirure fut immédiatement suturée et guérit parfaitement ne laissant aucun trouble consécutif.

Comme l'entourage de cette femme n'était rien moins que propre et que les soins apportés à la malade étaient nuls, on craignait

beaucoup qu'une infection puerpérale n'occasionnât une aggravation de sa névrite.

Dans cette observation les symptômes de névrite périphérique furent assez nets et nettement sous la dépendance de la grossesse, comme le montra l'évolution et la cesse immédiate des symptômes après la délivrance.

La malade était certainement très anémique, mais cet état dura longtemps après que la névrite eut disparu. Ce n'était donc pas la cause de cette dernière.

On peut certainement exclure l'alcoolisme, le plomb et l'intoxication arsénicale.

Jamais la malade n'eut de diphtérie ni de fièvre typhoïde, et on ne trouve ni commémoratifs, ni stigmates de syphilis. Il y a quatre ans elle eut l'influenza qui ne laissa aucune trace. Mon collègue le Dr Sharman eut l'obligeance d'examiner avec moi la malade à cette époque, et convint que ces symptômes étaient dus à la grossesse, peut-être aggravés par l'anémie.

Pour conclure, j'ajouterai que la malade est encore enceinte, mais jusqu'ici il n'existe aucun signe de névrite.

L'accouchement a eu lieu il y a 15 jours, et dans les derniers temps quelques douleurs commencèrent dans les mains, huit ou dix jours avant l'accouchement.

Ch. A. Parker.

OBSERVATION X

Traduction de M. Tastet, ingénieur.

Par M. Johannsen (*Munchner Medizinische Wochenschrift*, 1896).

Il s'agit d'une femme âgée de dix-neuf ans qui est enceinte pour la deuxième fois. La première grossesse fut normale et elle mit au monde un enfant vivant et bien portant.

Au cinquième mois de sa deuxième grossesse elle ressentit brusquement de violentes douleurs dans la jambe droite, douleurs qui augmentèrent chaque jour.

Le troisième jour elle ne pouvait plus remuer la jambe droite.

En même temps, elle ressentit des douleurs à la jambe gauche, mais seulement à la pression.

La jambe droite devint complétement paralysée avec atrophie musculaire considérable ; le nerf sciatique était très sensible à la pression, de même que le crural.

La sensibilité était intacte, le réflexe patellaire aboli.

La jambe gauche était faible, mais les mouvements pouvaient encore s'accomplir. La malade ressentait de l'engourdissement de sa jambe et il existait de l'atrophie musculaire.

Pas de sensibilité le long du trajet des nerfs. Le réflexe patellaire était aboli.

Cet état persista malgré le traitement électrique qui fut institué. A terme, la malade accoucha spontanément. Aucun changement ne survint après l'accouchement.

Dix-sept jours après elle fut envoyée à une clinique spéciale où elle subit un traitement qui dura deux mois et demi.

Quand elle sortit on constata que la paralysie de sa jambe droite était complète, la force musculaire était faible, l'atrophie n'était pas considérable, mais les réflexes tendineux étaient complétement abolis.

Les mouvements de la jambe sont possibles, mais péniblement. Il n'existe aucune douleur à la pression. La sensibilité est normale.

Johannsen porta un pronostic extrêmement réservé.

OBSERVATION XI

Traduction de M. Tastet, ingénieur.

Recueillie par Mann à la clinique de Pankow.

s'agit d'une commerçante âgée de 29 ans.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne trouve pas d'affection nerveuse, ni de maladie pulmonaire. La malade elle-même est très bien portante. Elle fut réglée à 14 ans et depuis elle a toujours été régulièrement réglée.

La malade est mariée depuis 13 ans. Elle a eu cinq grossesses normales : les enfants sont vivants et bien portants ; les suites de couches ne présentèrent rien de particulier. Elle a fait deux fausses-couches.

Vers le huitième mois de sa dernière grossesse, sans qu'elle ait présenté de vomissements, la malade remarqua une grande faiblesse dans les jambes qui s'accentuait particulièrement à la moindre fatigue. De telle sorte que quelque temps après elle ne fut plus en état de faire un pas. En même temps elle se plaignait de vives douleurs dans les jambes. Après l'accouchement qui se fit normalement, il survint une paralysie des extrémités inférieures qui fut complète au bout d'un mois.

Le deuxième jour après l'accouchement, la malade remarqua que ses jambes étaient lourdes comme du plomb, qu'elles ne la soutenaient pas, et elle avait la sensation qu'elles ne lui appartenaient plus.

De même, aux extrémités supérieures, la malade avait une sensation de faiblesse et de picotements. A l'examen on trouva :

Une paralysie des membres inférieurs. Les réflexes cutanés et les réflexes tendineux étaient abolis ; il existait de l'anesthésie et la réaction de dégénérescence. La douleur était telle qu'elle provoquait de l'insomnie.

Les membres supérieurs étaient de même affaiblis et anesthésiés.

Le salicylate de soude et l'antipyrine restèrent sans succès. L'état s'améliora seulement après quinze séances d'électrisation et de massage.

A la période d'état, quand on examine la malade, on voit qu'il s'agit d'une femme de forte corpulence, de bonne musculature La peau est sèche, le visage est un peu amaigri et pâle. Le crâne est régulier et ne présente aucune cicatrice, en aucun point il n'est douloureux à la pression.

Les mouvements de la tête sont libres. A l'émergence des nerfs la pression ne détermine aucune douleur.

Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Le fond des yeux est normal et il n'y a pas de paralysie de la musculature externe. Le trijumeau et le facial sont intacts. Le réflexe pharyngien est conservé.

Extrémité supérieure. — A l'articulation de l'épaule les mouvements se font bien, suffisamment à l'articulation du coude ; la pression de la main se fait faiblement.

Au point d'Erb on détermine un peu de douleur, davantage au niveau du nerf radial. La malade sent bien les contacts, le chaud, le froid, qu'elle dissocie bien. Le sentiment de la douleur est intact.

Extrémités inférieures. — La malade ne peut pas rester debout, même en se soutenant. Si on essaye de la faire marcher, en la faisant soutenir par deux personnes, elle steppe. Les mouvements passifs restent possibles et les articulations sont libres. Les mouvements actifs se font d'une façon assez satisfaisante au niveau de l'articulation de la hanche gauche, avec beaucoup moins de

force à droite. Les mouvements de l'articulation du pied sont faibles à gauche, la malade peut fléchir un peu, puis étendre le pied sur la jambe (on voit là l'effet du tibial antérieur), mais les autres mouvements sont impossibles.

Les nerfs sciatiques sont sensibles au niveau du creux poplité, de même que les nerfs sciatiques, poplité externe et un peu le nerf tibial. Des deux côtés on sent très bien l'artère dorsale et la pédieuse.

Les deux pieds sont en varus-équin.

Si on explore la sensibilité on trouve que la patiente sent bien aux deux cuisses même les fins attouchements.

A la jambe gauche elle sent seulement dans la moitié supérieure ; à la jambe droite dans le quart supérieur seulement. Dans tout le reste de la jambe les sensations ne sont pas perçues ou sont perverties. La malade sépare bien ce qui est piquant de ce qui est mousse ; pourtant la piqûre d'une épingle n'est pas toujours sentie avec douleur. Le chaud et le froid ne sont pas sentis comme il faut dans la moitié inférieure des jambes et au niveau des pieds ; partout ailleurs il y a hyperesthésie.

Il existe également de la douleur dans la continuité des membres, de même qu'une sensation de froid au niveau des jambes et des pieds. L'engourdissement des membres inférieurs est surtout accusé à droite. Il y a quelques tremblements fibrillaires. La sensation de position des orteils et des membres n'existe pas. La patiente ne peut pas distinguer si elle a aux pieds de la laine ou du coton. Pas d'ataxie.

Les réflexes patellaires manquent des deux côtés. Le réflexe plantaire est faible. Il n'y a pas de Babinski ni de réflexe au tendon d'Achille.

Organes internes. — Au niveau du sommet droit il existe des modifications de la respiration avec retentissement du son.

L'état de l'autre poumon est normal. Rien au cœur ; le pouls

est assez fort, régulier, donnant 80 pulsations à la minute. Le foie et la rate ne sont pas sensibles.

L'exploration électrique donna les résultats suivants :

Les muscles de la cuisse et de la jambe ne réagissent pas au courant faradique ; l'excitation des nerfs tibial, sciatique, poplité externe surtout, est très diminuée.

L'excitation galvanique des muscles produit une contraction paresseuse des muscles du membre inférieur, à l'exception des muscles de la cuisse gauche qui ne réagissent pas du tout. L'excitation du nerf tibial produit une réaction faible des deux côtés, nulle quand on excite le sciatique poplité externe.

2 avril. — Les réflexes patellaires manquent.

A gauche le réflexe plantaire existe et n'existe pas à droite.

Le réflexe du tendon d'Achille est faible des deux côtés. La sensibilité de la jambe est troublée jusqu'aux genoux et des deux côtés.

Il persiste aux pieds des troubles du sens de la position. Aux mains, le sens de la position n'est pas troublé.

La marche se fait mieux, la malade peut marcher sans se soutenir en présentant à droite du steppage.

13 avril. — La malade marche assez péniblement. Dans les urines pas de sucre ni d'albumine.

L'exploration électrique donne : Aux membres supérieurs les muscles et les nerfs réagissent bien à l'excitation électrique.

Aux membres inférieurs le quadriceps des deux côtés n'est excitable ni par le courant faradique, ni par le courant galvanique. Le courant faradique ne permet d'obtenir aucune contraction, ni du vaste interne, ni du vaste externe des deux côtés ; par le courant galvanique on obtient une contraction paresseuse. Des deux côtés les adducteurs ne réagissent pas.

Par le courant faradique le muscle tibial antérieur ne produit qu'une réaction faible à gauche, nulle à droite. Par le courant

galvanique des deux côtés on n'obtient qu'une contraction paresseuse 4 1/2 MAAn > KASZ.

Les jumeaux ne réagissent pas au courant faradique, on n'obtient qu'un faible effet par le courant galvanique. Au courant faradique le sciatique poplité externe ne réagit pas, par le courant galvanique on obtient des contractions paresseuses.

Par les courants forts on obtient une contraction des deux muscles péroniers et An > KASZ.

L'extenseur commun ne réagit pas au courant faradique des deux côtés, par le courant galvanique on obtient une contraction paresseuse, de même pour le court extenseur. L'extenseur propre du pouce ne réagit pas au courant faradique, réagit d'une façon paresseuse au courant galvanique à gauche et pas du tout à droite. Les nerfs obturateurs réagissent des deux côtés, mais pas le nerf crural. L'excitation du nerf sciatique poplité externe par le courant faradique produit un faible effet à droite, un effet nul par le courant galvanique; à gauche le courant galvanique produit des contractions paresseuses.

A droite le courant faradique ne produit pas d'action sur le nerf tibial antérieur; le courant galvanique produit de faibles flexions du pied, à gauche les courants faradique et galvanique produisent une sensible flexion du pied.

L'examen de la sensibilité donne les résultats suivants:

Extrémité supérieure. — Les sensations fines sont perçues aux deux membres, de même que les objets pointus et mousses, le chaud et le froid. La sensation de douleur est intacte. Les mains sont moites. La force des deux côtés est égale et bonne; assez bonne au niveau des épaules et du coude.

La pression des mains est médiocre.

La sensation de position est intacte.

Les nerfs ne sont pas douloureux à la pression. Aucune ataxie et pas de tremblement intentionnel.

Au niveau des membres inférieurs les fines sensations ne sont pas perçues au niveau de la plante du pied et des talons; jusqu'au milieu de la jambe la malade sent, mais elle sent assez mal. A partir du genou les sensations sont bien perçues et nettement différenciées : la pointe de l'épingle est ainsi nettement différenciée de la tête, tandis qu'au niveau de la jambe la sensation de piqûre donne une sensation de contact; à partir du milieu de la jambe jusqu'au pied, la tête de l'épingle n'est plus sentie. Aux deux jambes le chaud donne la sensation de froid dans la moitié inférieure de la jambe, tandis qu'au delà il n'y a aucun trouble; aux pieds, la malade ne distingue pas la laine du coton. La sensibilité électro-cutanée est moindre aux jambes et aux pieds qu'aux cuisses.

Le sentiment de situation des orteils est troublé des deux côtés, celui du pied ne l'est qu'à droite.

La malade peut se tenir debout un petit moment, sans aide; pourtant la marche sans aide est encore pénible. Le steppage est particulièrement accentué au membre inférieur droit dont la pointe traîne également. Des deux côtés les articulations sont libres.

Au niveau des genoux les mouvements actifs sont possibles des deux côtés, mais à droite la puissance est médiocre.

Le pied peut être étendu et fléchi à droite mais faiblement. Les mouvements des doigts des pieds sont impossibles des deux côtés. Le nerf sciatique poplité externe n'est plus douloureux à droite. Le pouls des artères dorsale et pédieuse est sensible. Les deux pieds, surtout le droit, est en *varus équin*.

Les réflexes manquent des deux côtés.

Dans le tiers inférieur de la jambe la malade éprouve une sensation de froid.

22 mai. — Le traitement électrique a été continué.

La pression des mains est médiocre, aucun tremblement. L'ad-

duction des doigts et l'opposition du pouce se fait bien. L'écartement des doigts se fait avec une force moindre.

La malade sent bien les fins attouchements aux membres supérieurs et aux membres inférieurs dans la moitié supérieure de la jambe; dans la moitié inférieure la malade n'établit aucune distinction entre les objets pointus et les objets mousses : la piqûre donne une sensation de contact.

Le sens de la douleur est intact.

Les réflexes patellaires n'existent pas des deux côtés et les réflexes plantaires sont faibles. La patiente peut se promener dans le jardin sans soutien, elle se sert cependant d'une canne.

1er juin. — La malade nous a quitté aujourd'hui. Elle se plaint principalement de la limitation des fonctions des jambes.

Elle va sans soutien, mais présente du steppage. Les réflexes patellaires n'existent pas.

Au niveau de l'articulation de la hanche et du genou les mouvements se font avec assez de force. Les mouvements du pied sont faibles à droite, suffisants à gauche. Le réflexe plantaire est faible. Les attouchements légers ne sont pas perçus au talon et à la plante des pieds et la tête d'une épingle n'est pas sentie. Le sentiment de la douleur est bon partout. La pédieuse se sent des deux côtés.

Le traitement a consisté en injections de strychnine, en séances d'électrisation et de massage.

OBSERVATION XII

Recueillie dans le service de notre maître, M. le Dr Œttinger, médecin de l'hôpital Broussais.

Sur un cas de polynévrite au cours de la grossesse. — Fausse-couche. — Phlébite des deux jambes.

Il s'agit d'une femme, âgée de 27 ans, concierge.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont bien portants. Elle a une sœur qui passe dans la famille pour être très nerveuse : elle rit, pleure, crie sans raison, et, dans des instants parfois très courts, elle passe de la gaieté la plus exubérante à la plus grande tristesse. Un petit ulcère variqueux qu'elle a à la jambe suffit pour provoquer, chez elle, de fréquents accès d'hypochondrie.

Elle n'a jamais présenté de crises d'hystérie.

Trois frères bien portants.

Dans la famille une enquête minutieuse n'a pas permis de déceler ni l'alcoolisme, ni la syphilis ; pas de maladies nerveuses.

Quant à la malade, elle n'a jamais présenté de crises d'hystérie et elle a toujours été sobre.

Réglée à l'âge de 15 ans, elle l'a toujours été d'une façon régulière ; à 24 ans 1/2 elle se marie, devient enceinte, et après une grossesse normale accouche à terme en 1902. Vers la fin de la même année, elle redevient enceinte et lorsqu'elle entre à l'hôpital Broussais, le 20 février 1903, les dernières règles remontent à 2 mois 1/2 environ, c'est-à-dire au commencement de décembre 1902.

Les premières semaines de la grossesse se sont passées sans aucun incident ; elle n'a présenté aucun symptôme anormal et en particulier aucun vomissement, de telle sorte qu'elle doute même de sa grossesse. Les premiers symptômes de la maladie actuelle remontent vers le 10 février, c'est-à-dire deux mois environ après le début de la grossesse. Sans aucun trouble quelconque, sans fièvre, sans malaise, elle ressentit des douleurs assez vives dans la région lombaire se propageant d'abord dans le membre inférieur droit, puis, dès le lendemain, dans le membre inférieur gauche. Peu de jours après apparut une légère faiblesse dans les membres inférieurs, un engourdissement des mains qui ne tarda pas à s'accuser davantage puisque, 10 jours après le début de ces accidents, au moment de son entrée à l'hôpital, le 20 février, il lui était impossible de se lever de son lit.

Voici l'état dans lequel nous la trouvâmes le 20 février :

La malade se plaint de douleurs spontanées dans la région lombaire, dans les deux jambes et au niveau des talons.

Les deux membres inférieurs sont flasques et ne peuvent être que difficilement soulevés au-dessus du plan du lit ; ils sont le siége d'une douleur extrêmement vive se manifestant sous la forme d'élancements spontanés, douleur qu'on réveille surtout par une pression, même légère, exercée sur le trajet des troncs nerveux du sciatique et de ses diverses branches ; de même la pression des masses musculaires est très douloureuse et provoque des plaintes vives de la part de la malade. Il n'y a pas de troubles appréciables de la sensibilité cutanée, si ce n'est une légère hypéresthésie douloureuse s'étendant des extrémités jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Les réflexes rotuliens sont abolis ; le réflexe plantaire est normal ; pas de réflexe paradoxal des orteils.

Au niveau des membres supérieurs, nous notons une parésie

légère, prédominant surtout au niveau des masses des extenseurs, mais il n'y a pas de douleurs.

La malade se plaint seulement de ressentir de l'engourdissement dans les mains et les doigts. Pas de troubles appréciables de la sensibilité objective.

Les sphincters sont respectés.

Pas de troubles sensoriels ; pas de paralysies oculaires ; les réflexes lumineux et à l'accommodation sont normaux. Seuls les muscles du pharynx sont légèrement touchés, car la malade présente une certaine difficulté dans la déglutition et ne peut boire que de petites quantités de liquide à la fois. Nous notons en même temps quelques légères contractions fibrillaires dans les muscles de la face du côté gauche.

24 février. — Nous constatons une paralysie faciale du côté gauche avec participation de l'orbiculaire, peu accusée il est vrai, mais suffisante cependant pour empêcher l'occlusion complète des paupières. On remarque des tremblements fibrillaires de l'orbiculaire gauche et des muscles de la lèvre supérieure du même côté ; quelques tremblements fibrillaires de l'orbiculaire droit. La malade dit avoir un peu de gêne pour parler. Elle se plaint aussi de céphalée.

Le diagnostic que nous posâmes fut « polynévrite, surtout des gros troncs avec participation du facial ». L'état général était excellent, il n'existait aucune lésion viscérale, pas d'albuminurie, et le thermomètre n'accusait pas la moindre élévation thermique.

Pour parfaire notre diagnostic, une ponction lombaire nous montra que le liquide céphalo-rachidien était normal et ne contenait aucun élément cellulaire.

Pendant les semaines qui suivirent l'admission de cette malade à l'hôpital, les douleurs étaient devenues de plus en plus vives et la paralysie des membres inférieurs s'accentuant davantage s'était accompagnée d'une atrophie très prononcée de presque

toutes les masses musculaires. Seules la paralysie faciale et la faiblesse des membres supérieurs avaient notablement rétrocédé.

Les réactions électriques s'y montraient normales, tandis qu'au niveau des membres inférieurs, la contractilité faradique des muscles, la contractilité galvanique des troncs nerveux et des masses musculaires étaient sensiblement diminuées ; mais cette recherche était rendue difficile par les douleurs provoquées par l'application de tout courant électrique.

L'état resta à peu près stationnaire pendant près de 3 mois, jusqu'au 18 mai ; la grossesse cependant suivait son cours et son développement normal, lorsque brusquement éclatèrent des accidents qui mirent la malade dans un danger extrême. Elle fut prise, sans cause aucune, d'une dyspnée intense, avec douleurs épigastriques, ballonnement extrême de l'abdomen, refroidissement des extrémités ; le pouls, à peine perceptible, battait 130-140 par minute, était irrégulier parfois, l'angoisse était extrême et tout semblait faire craindre une issue rapidement fatale.

Après 36 à 48 heures d'une situation des plus critiques, l'état l'améliora peu à peu, les douleurs épigastriques et abdominales, le ballonnement, s'atténuèrent, le pouls devint meilleur, la dyspnée diminua et rien ne persistait de ces accidents 5 à 6 jours après leur début.

Ces accidents, tout à fait identiques à ceux qui ont été décrits au cours de certaines infections, en particulier par M. Hutinel, ne pouvaient, en l'absence de toute lésion pulmonaire, cardiaque ou autre, et par le fait seul de leur disparition radicale, être expliqués que par une névrite du pneumogastrique, lésion du reste déjà décrite, très rarement il est vrai, au cours de certaines polynévrites.

C'est au cours de ces accidents, c'est-à-dire vers le sixième mois de la grossesse, que le fœtus succomba, car peu de jours après leur disparition notre malade nous déclara ne plus perce-

voir les mouvements fœtaux qu'elle ressentait fort bien auparavant.

Le 10 juin, c'est-à-dire vers la fin du septième mois de la grossesse, notre malade expulsa un fœtus macéré, sans accident particulier à relever qu'une exacerbation nouvelle des douleurs dans les membres inférieurs.

Depuis cette fausse-couche il y a eu peu de modifications du côté de son système nerveux périphérique.

Les membres inférieurs sont encore engourdis et très douloureux.

Le 19 juin, la température, qui jusque-là était restée normale, monte aux environs de 38°, et l'on constate un léger gonflement du membre inférieur gauche qui, d'abord limité au mollet, gagne la racine de la cuisse ; les douleurs des deux membres inférieurs sont de plus en plus vives, les veines sous-cutanées sont très apparentes.

Durant quelques jours la température se maintient aux environs de 38°-38°5, puis revient après une huitaine de jours à la normale.

Peu à peu l'œdème du membre inférieur gauche diminue, et vers le 15 juillet, pour la première fois depuis le début des accidents, c'est-à-dire depuis cinq mois, les douleurs deviennent moindres ; de même la phlegmatia a presque disparu.

Au milieu de juillet l'état est le suivant : les membres inférieurs sont extrêmement atrophiés, les masses musculaires de la jambe, aussi bien en arrière que dans la région antéro-externe, et celles de la cuisse sont considérablement diminuées de volume. Les deux pieds sont dans l'extension avec rotation en dedans et des adhérences des gaînes aux tendons empêchent de placer le pied dans la flexion à angle droit.

Les troncs des sciatiques sont encore très douloureux à la pression, mais les douleurs spontanées beaucoup moins vives.

Le signe de Lasègue, la douleur provoquée par la flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant en extension, est des plus accusés; de même le signe de Kernig, qui, dans l'espèce, a la même valeur que le précédent, et des plus nettement caractérisés.

Pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre. on fait à la malade de l'électrothérapie: un jour courant continu, un jour courant faradique. Sous l'influence de ce traitement, les jambes peu à peu se mobilisèrent, la raideur des articulations disparut. En quelques semaines, l'amélioration fut assez sensible pour que la malade pût exécuter quelques mouvements des membres inférieurs au bout de ce temps là.

Néanmoins les progrès furent, comme il était à prévoir, des plus lents, et c'est seulement au commencement de janvier 1904 qu'elle quitta l'hôpital. Elle pouvait alors marcher avec facilité, les membres avaient en partie repris leur volume et tout permettait de supposer une guérison complète et définitive dans un espace de temps relativement court.

Nous avons pu avoir des nouvelles de la malade depuis qu'elle nous a quitté. Voici les renseignements que nous avons recueillis :

Après sa sortie de l'hôpital la malade continua à bien se porter pendant les mois de janvier, février et mars. Elle marchait appuyée sur un bâton et ne souffrait plus. Elle avait bon appétit et vaquait à son ménage.

En avril 1904, elle commença à tousser, et cette toux fut très intense pendant quinze jours. Un médecin consulté à cette époque lui conseilla d'aller à la campagne. Elle partit pour la Bretagne, le 7 mai, chez ses beaux-parents.

Au mois de mai, quelques jours après son arrivée à la campagne, elle eut une frayeur subite : à partir de ce moment elle se

mit à délirer, à pousser des cris, à se lever de son lit, la nuit. Elle déraisonnait et pleurait sans raison.

On dût la surveiller et cet état mental particulier ne fit qu'augmenter jusqu'à sa mort.

Sa démarche devint moins assurée et au mois de juillet 1904 elle s'alita.

L'amaigrissement était excessif. Elle perdit complétement sa connaissance vers le 11 ou le 12 août et mourut le 17 août.

Elle n'eut jamais de crachements de sang. La malade n'était pas de nouveau enceinte.

Ces renseignements ont été donnés par le mari qui est entré à l'hôpital Broussais le 22 août, salle Lasègue, pour une pleurésie probablement tuberculeuse.

OBSERVATION XIII

(*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, séance du 19 mai 1904).

Un cas de polynévrite gravidique, par MM. V. Cathala et P. Trastour.

La femme B... Aimée, ménagère, âgée de 30 ans, entre le 6 septembre 1903, à l'hôpital Saint Antoine, pour des troubles nerveux qui ont débuté il y a un mois environ.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire ; tous les autres membres de sa famille sont bien portants ; aucun ne présente de tare nerveuse.

La malade, sauf pendant ses grossesses, a toujours joui d'une bonne santé.

Réglée à 15 ans, elle s'est mariée à 23 ans et est enceinte actuellement pour la troisième fois.

Première grossesse à 24 ans. Pendant la gestation, la malade aurait eu des vomissements fréquents, de la fièvre et un état général assez gravement touché ; on fit, dit-elle, le diagnostic de fièvre muqueuse. Elle fut souffrante pendant toute sa grossesse et ne se rétablit complétement qu'après l'accouchement. L'enfant, né à terme, est bièn portant.

Deuxième grossesse à 27 ans ; cette fois encore, dès le début, la jeune femme fut obligée de s'aliter ; elle présentait une faiblesse extrême, une douleur vive au creux épigastrique et des vomissements fréquents, parfois sanglants. Pendant 5 mois, elle resta dans un état général grave, analogue à celui qu'elle avait présenté pendant la première grossesse. De même, elle ne se rétablit complétement qu'après l'accouchement. L'enfant, né à terme, est bien portant.

Troisième grossesse : La malade est enceinte actuellement de 4 mois et demi ; les dernières règles datent du 12 au 15 avril. Dès le début, la faiblesse a été extrême, nécessitant le séjour au lit, et il y eut des vomissements qui, à plusieurs reprises, furent hémorrhagiques comme lors de la deuxième grossesse. Les troubles nerveux ont débuté dans les premiers jours d'août par des douleurs violentes dans les deux jambes, revenant par accès toutes les nuits ; rapidement, les masses musculaires se sont atrophiées et des contractures ont apparu amenant une flexion forcée des jambes sur les cuisses ; enfin l'état mental s'est notablement modifié.

Examinée le jour de son entrée, la malade est couchée dans le décubitus latéral, en chien de fusil ; les membres inférieurs sont en flexion forcée, les talons aux fesses. Ce qui frappe surtout c'est

l'amaigrissement considérable de la malade ; cet amaigrissement est général, mais beaucoup plus prononcé aux membres inférieurs où l'atrophie a fait disparaître presque toutes les masses musculaires.

Les articulations paraissent énormes proportionnellement au volume des jambes et des cuisses. Les pieds sont en équinisme avec un léger degré de varus. La position des jambes en flexion paraît acquise depuis quelque temps déjà ; il existe de la contracture qui empêche toute tentative d'extension. Les mouvements provoqués sont excessivement douloureux ; la malade, d'ailleurs, pousse des cris au moindre contact.

Aux membres supérieurs, les troubles de la motilité sont à peine marqués ; la malade se sert bien de ses mains, quoiqu'elle se plaigne d'une certaine maladresse.

Il existe des troubles de la sensibilité.

La pression des masses musculaires est douloureuse ; la malade se plaint lorsqu'on la touche et pousse même de véritables hurlements. L'exploration, les yeux fermés, montre une diminution très nette de la sensibilité au tact, à la douleur et à la température dans toute l'étendue des deux membres inférieurs ; par places, il y a presque de l'anesthésie.

Aux membres supérieurs, il existe de l'hypoesthésie à peine marquée.

La malade se plaint en outre de ressentir par moments des douleurs lancinantes qui surviennent par accès, surtout la nuit, l'empêchant de dormir et lui arrachant des cris.

Elle se plaint aussi d'une sensation de froid continuelle et ne peut souffrir qu'on la découvre.

Les réflexes sont difficiles à explorer par suite de la position de la malade ; ils paraissent complétement abolis.

La femme présente des troubles des sphincters ; elle ne peut retenir ni ses matières, ni ses urines ; elle sent bien qu'elle laisse

aller ses excréments, mais elle ne peut parvenir à s'opposer à la défécation.

Il n'y a actuellement aucun trouble viscéral, ni pulmonaire, ni cardiaque.

Les vomissements du début de la grossesse ne se sont pas reproduits depuis un mois. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La température est normale.

Il nous faut noter l'état mental particulier de cette malade ; elle ne présente pas de confusion mentale ni d'amnésie ; mais son caractère a subi des modifications dont s'est aperçu son entourage ; actuellement elle présente une irritabilité spéciale, se plaint comme un enfant, pleure pour des motifs futiles, refuse absolument tout soin et paraît indifférente à son état.

En présence de ces troubles nerveux, on porta le diagnostic de polynévrite liée probablement à des troubles gravidiques ; on ne put, en effet, relever dans les antécédents aucune tare névropathique, ni, dans l'état actuel, aucun stigmate d'hystérie. Quant à l'alcoolisme, le mari ne put donner aucun renseignement sur les habitudes de sa femme ; l'interrogatoire de celle-ci, fait plus tard, après guérison des troubles psychiques, montra qu'il ne paraissait pas exister d'alcoolisme et l'examen ne révéla aucun signe autre qu'un léger tremblement des mains insuffisant pour affirmer cette intoxication.

Les jours suivants, l'état s'aggrava encore ; on vit apparaître à la région sacrée une petite eschare qui s'agrandit rapidement et atteignit en quelques jours les dimensions d'une paume de main. En même temps, l'atrophie, déjà si marquée, s'accentuait aux membres inférieurs et, du côté des membres supérieurs, on notait une diminution de la force, une gêne des mouvements qui cependant n'alla jamais jusqu'à la paralysie.

Au mois de septembre, on vit apparaître des troubles de l'innervation cardiaque se traduisant par une accélération considé-

rable du pouls; celui-ci atteignit jusqu'à 170 pulsations par minute avec une température normale. Rien ne put faire céder cette tachycardie qui se maintint toujours au-dessus de 120 jusqu'à l'accouchement.

A un seul moment, pendant quatre jours, il y eut une élévation de température à 39°, due vraisemblablement à une infection passagère de l'eschare. Celle-ci s'améliora progressivement mais lentement, à partir du commencement d'octobre.

Quant à la paralysie et à l'atrophie musculaire, elles persistèrent dans le même état, sans aucune amélioration, jusqu'à l'accouchement. Il y eut même augmentation de l'atrophie des muscles des membres supérieurs, particulièrement de l'éminence thénar, mais sans paralysie complète.

Le 29 janvier 1904, à 1 heure du matin, la malade accoucha spontanément à terme, après 10 heures de travail, d'une fille vivante du poids de 2.510 grammes. L'enfant, peu développée, mais bien portante, fut envoyée de suite dans sa famille ; élevée au biberon, elle mourut, à un mois, de gastro-entérite.

Aussitôt après l'accouchement, les troubles nerveux commencèrent à diminuer et depuis l'amélioration s'est poursuivie assez rapidement.

Aujourd'hui (19 mai), la contracture en flexion des membres inférieurs, qui avait résisté à toutes les tentatives d'extension avant l'accouchement, a complétement disparu ; elle a cédé en quelques séances de mobilisation dans les 15 jours qui suivirent la délivrance.

Les masses musculaires de la cuisse se sont reformées avec une rapidité remarquable ; les cuisses paraissent à peu près normales et leur aspect contraste même avec l'atrophie encore très prononcée des muscles des jambes.

L'état fonctionnel des membres inférieurs est revenu en partie, la malade peut élever la jambe au-dessus du plan du lit ; les

mouvements se font même avec une certaine force; l'amélioration est plus marquée du côté gauche qu'à droite.

Les masses musculaires des jambes ont subi peu de modifications ; l'atrophie persiste encore, non seulement sur le groupe antéro-externe, mais aussi sur les muscles du mollet. Tout mouvement des pieds sur les jambes est toujours impossible ; les pieds restent immobilisés en équinisme avec léger varus.

Les membres supérieurs ont complétement récupéré leur état fonctionnel.

Il ne reste plus, comme troubles sensitifs aux membres inférieurs, qu'une diminution de la sensibilité dans ses trois modes, remontant jusqu'aux genoux; les troubles sont d'autant plus marqués qu'on se rapproche des pieds.

Il existe encore quelques douleurs lancinantes survenant surtout la nuit et quelques crampes se manifestant principalement au niveau des articulations du genou, du cou-de-pied et des orteils.

Les réflexes sont encore abolis. L'eschare sacrée est entièrement cicatrisée.

Depuis l'accouchement, les troubles psychiques ont complétement disparu, la malade se prête volontiers à tout examen ; il n'y a plus de troubles sphinctériens ni viscéraux ; la tachycardie a cessé et le pouls est actuellement à 75 pulsations par minute.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par M. Bar, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine).

Atrophie musculaire type Aran-Duchenne (1).

Mme L..., 25 ans fleuriste.

1. Sans vouloir discuter l'origine centrale ou périphérique d'une telle affection, nous croyons bien faire en publiant cette observation, à cause de la parenté étroite qui unit toutes les atrophies musculaires et que l'on apprend à mieux connaître tous les jours.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie de cœur ; elle était en même temps albuminurique. Père mort de fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans 1/2. A 7 ans elle eut la rougeole.

Première grossesse, il y a 5 ans.

Elle présenta de l'albuminurie pendant sa grossesse.

Elle eut jusqu'à 11 grammes d'albumine par litre.

Eclampsie au terme (trois attaques).

L'albuminurie a persisté à la suite de la grossesse.

Deuxième grossesse, il y a 3 ans. L'albuminurie a augmenté L'accouchement fut normal et l'enfant naquit vivant.

Troisième grossesse, il y a 2 ans. Elle eut 2 grammes d'albumine pendant cette grossesse.

La malade vint consulter à l'hôpital Saint-Antoine, le 19 avril 1901, pour sa quatrième grossesse. Ses dernières règles datent du mois d'août ou du mois de septembre, elle ne sait pas au juste.

Le 19 avril, à l'examen on trouve une grossesse de 7 mois environ.

L'enfant se présente par le sommet en droite postérieure. Les bruits du cœur sont bons. Le toucher montre un col long, perméable. Les membranes sont intactes. Les urines présentent une légère albuminurie.

Le 20 avril, même état du col. On trouve 1 gr. 1/2 d'albumine dans les urines.

Cette malade présente de l'atrophie et de la paralysie des muscles des deux mains.

Cette paralysie a débuté à la main droite pendant la première grossesse vers le deuxième ou le troisième mois de sa grossesse, il y a 5 ans par conséquent. Dès le début de la grossesse la malade ressentit de la faiblesse des muscles dans l'éminence

thénar : elle s'aperçut qu'elle ne pouvait pas, par exemple, ramasser une aiguille.

A la suite des attaques d'éclampsie qu'elle eut au moment de l'accouchement, la paralysie s'accentua assez brusquement. Puis à la suite de l'accouchement l'atrophie survint peu à peu au niveau de l'éminence thénar d'abord, puis au niveau de la paume et augmenta les années suivantes. Dès le début la malade s'aperçut que les muscles de la main étaient agités de tremblements fibrillaires.

Il y a 3 ans, pendant la deuxième grossesse, la paralysie gagna la main gauche. Ce fut encore l'éminence thénar qui fut paralysée la première, puis la main. L'atrophie suivit la paralysie.

Depuis ce moment paralysie et atrophie se sont accentuées dans les deux mains d'une façon lente mais continue. A remarquer que sa troisième grossesse ne donna pas d'acoup à la paralysie. Si on examine la malade on trouve :

Main droite. — Atrophie manifeste des muscles de l'éminence thénar et hypothénar ; les espaces interosseux sont vides.

La malade ne peut pas produire de mouvements d'opposition du pouce. Elle ne peut pas écarter les doigts.

Elle peut fléchir les phalangines et les phalangettes de ses trois derniers doigts, mais le mouvement de flexion est sans force. Les phalanges ne peuvent être fléchies. L'index ne peut-être fléchi isolément ou simultanément avec les autres doigts. La malade peut étendre les premières phalanges de ses doigts, mais il lui est impossible d'étendre les phalangines et les phalangettes, elle peut imprimer des mouvements de latéralité à la main, elle peut la porter à droite ou à gauche.

Elle peut relever son poignet, mais elle ne peut serrer la main.

Ainsi donc la paralysie paraît limitée aux muscles de la main des éminences thénar, hypothénar et interosseux.

Les muscles de l'avant-bras paraissent intacts, il en est de même des muscles du bras et de l'épaule. On remarque sur cette main droite de petites contractions fibrillaires se produisant de temps en temps.

Le réflexe du poignet n'existe pas.

La sensibilité au tact est conservée sur la main. Mais la sensibilité à la douleur est très émoussée surtout au niveau de la face dorsale de la main : on enfonce une épingle, la malade n'accuse qu'une sensation de contact. La sensibilité à la température est diminuée. Au niveau de l'avant-bras et du bras la sensibilité est conservée à tous les modes.

Main gauche. — L'atrophie est moins accentuée que du côté droit. La malade ne peut produire que de faibles mouvements d'opposition du pouce.

Elle ne peut produire de mouvements de latéralité au niveau de ses doigts. Elle fléchit bien les phalangines et phalangettes.

Mais les phalanges ne peuvent être fléchies que difficilement, elle n'étend bien que les premières phalanges.

Ici encore les muscles des avant-bras et des bras ont leur jouissance fonctionnelle conservée. Il n'y a pas ici encore de réflexe du poignet.

La sensibilité est conservée à tous ses modes.

L'examen de la malade ne permet pas de déceler aucun autre symptôme. Pas de troubles de la démarche. Pas de troubles du côté des organes des sens.

25 avril. — L'examen électrique de la malade a donné les résultats suivants :

I. — *Courant galvanique.*

1° *Bras droit.* — Les extenseurs des doigts réagissent bien. Les supinateurs et les radiaux réagissent, mais plus faiblement que normalement.

Les fléchisseurs réagissent peu ; il en est de même du cubital antérieur.

Les muscles de l'éminence thénar ne réagissent pas du tout : il en est de même de ceux de l'éminence hypothénar et des interosseux.

2° *Bras gauche.* — Les extenseurs des doigts réagissent bien, de même que les supinateurs et les radiaux.

Le cubital antérieur et les fléchisseurs des doigts réagissent plus que du côté opposé, mais cette réaction n'est pas très intense. Les muscles de l'éminence thénar, sauf le court abducteur du pouce qui réagit un peu, sont privés de toute réaction.

Il en est de même des muscles de l'éminence hypothénar et des interosseux.

II. — *Courants galvaniques.*

1° *Bras droit.* — Extenseurs des doigts : La contraction à la fermeture est plus forte au pôle — qu'au pôle + : Donc ces muscles sont intacts.

Muscles fléchisseurs et cubital antérieur : Rédaction de dégénérescence, contraction à la fermeture est plus forte au pôle + qu'au pôle — : Contractions lentes.

Les muscles de l'éminence thénar et hypothénar sont dépourvus de toute contractilité galvanique.

Muscles interosseux : inversion de la formule.

2° *Bras gauche.* — Extenseurs : réaction normale. Fléchisseurs : inversion de la formule. Eminence thénar : inversion de la formule pour le court abducteur. Les autres muscles sont dépourvus de toute réaction galvanique. Interosseux : affaiblissement des contractions galvaniques.

Egalité de contracture de fermeture au pôle + et —. Eminence hypothénar : pas de réaction galvanique.

Le 15 mai, à une heure, la malade est amenée à la salle du travail.

Sommet en gauche. Bruits du cœur bons. Dilatation deux francs.

15 mai, à 3 heures, dilatation complète.

3 heures 10 accouche spontanément d'une fille vivante. Poids : 2.780 grammes.

Délivrance naturelle.

Avant l'expulsion du délivre la malade perd quelques caillots, devient pâle, elle dit qu'elle va perdre connaissance : le pouls est bon. Peu à peu ces tendances syncopales disparaissent.

M. Bar a observé il y a plusieurs années, à l'hôpital Saint-Louis, un cas *d'atrophie musculaire progressive* survenu et développé au cours d'une grossesse, chez une femme qui présentait, en outre, une cause de dystocie tenant à une accumulation considérable de matières fécales dans son rectum. Cette femme est morte dans un service de médecine et il nous a été malheureusement impossible de retrouver son observation.

CONCLUSIONS

I. — Au cours de la grossesse on peut observer des polynévrites généralisées, des polynévrites localisées aux membres inférieurs ou supérieurs, des mononévrites, qui méritent de porter le nom de névrites gravidiques, car elles reconnaissent nettement pour cause l'état de gravidité de la femme.

II. — La polynévrite généralisée est celle qui a été la mieux étudiée au cours de la grossesse. Les nerfs intéressés sont non seulement les nerfs des membres supérieurs et inférieurs, mais aussi le nerf facial, le phrénique, le pneumogastrique. Plus rarement la polynévrite reste localisée aux membres inférieurs constituant le type inférieur de la polynévrite, aux membres supérieurs, constituant le type supérieur : mais dans ce dernier cas elle affecte une certaine prédilection pour les nerfs cubital et médian.

III. — Les mononévrites peuvent s'observer aux membres, au tronc, à la face ; mais la névrite qui atteint les organes des sens est particulièrement intéressante. La névrite optique peut s'observer en dehors de toute albuminurie : elle provoque l'amblyopie ou l'amaurose le plus souvent transitoire ;

cependant elle a pu aboutir à l'atrophie optique. On observe également des troubles de l'ouïe, de l'odorat et du goût.

IV. — Le plus souvent, après l'accouchement, la malade guérit peu à peu.

Pourtant on a observé trois cas qui se sont terminés par la mort. Tous les autres ont guéri complétement au bout d'un temps plus ou moins long.

V. — Ces névrites gravidiques ne se présentent pas ordinairement comme un symptôme isolé : elles sont ordinairement accompagnées ou précédées de vomissements incoercibles. La névrite et les vomissements relèvent d'une cause commune — l'hépato-toxémie — comme l'a bien montré le Professeur Pinard.

Chez certaines femmes la localisation des toxines sur le système nerveux périphérique s'explique par une susceptibilité spéciale de ce système nerveux tenant à ce qu'il s'agit de femmes déjà très impressionnables ou même hystériques.

VI. — Le diagnostic ne peut être qu'un diagnostic d'exclusion : il faudra éliminer les polynévrites toxiques, infectieuses, dyscrasiques ; il faudra penser à la polynévrite tuberculeuse et blennorrhagique.

VII. Le traitement doit être dirigé contre la cause même des accidents nerveux, c'est-à-dire contre l'hépato-toxémie. 1° Il faut éviter d'introduire des toxines dans le tube digestif, et on mettra la malade au régime lacté. 2° On doit tâcher de produire l'élimination des toxines par tous les émonctoires. Ce résultat sera

obtenu par l'évacuation de l'intestin à l'aide de lavements purgatifs et même de purgatifs drastiques, par l'usage du sérum artificiel, par les bains tièdes.

Ce n'est qu'après avoir institué ce traitement, devant des accidents qui continuent à mettre la vie de la malade en péril, devant les progrès constants d'une névrite optique, qui menace d'aboutir à l'atrophie optique complète, qu'on sera autorisé à provoquer l'accouchement. On ne saurait donner, à ce point de vue, de règle précise : le sens clinique, le tact du médecin doivent seuls inspirer une décision délicate entre toutes.

Vu : le Président de la thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

GILBERT BALLET et BERNARD. — Un cas de paraplégie obstétricale. Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, séance du 16 nov. 1899.

BAR. — Traité de l'art des accouchements de Tarnier et Budin, art. éclampsie. Tome III.

BAYLE. — Des névrites puerpérales. Thèse de Lyon, 1896.

BABINSKI. — Des polynévrites. Traité de médecine. Tome VI.

BERNHARDT. — « Zur Fraege der Ætiologie der peripheren Facialislahmung » Berliner Klinische Wochenschrift, 1892.

— « Ueber Neuritis puerperalis ». Deutsche medizinische Wochenschrift, 1894.

BIANCHI. — Des paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées. Th. Paris, 1867.

BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Rapport au Congrès périodique de gynécologie d'obstétrique et de pédiatrie 1898, sur les auto-intoxications de la grossesse, et Actualités médicales (librairie Baillère).

BRISSAUD. — Des polynévrites. Archiv. gén. de méd., 1891, Vol. I, p. 161.

BROWN. — Neurogical aspects of preynancy, obstetrics N.-Y., 1902, III, 21-22.

CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de médecine. Tome I.

CHARCOT. — Polycliniques, 1887-88. Tome I, p. 392.

CHARPENTIER. — Contribution à l'étude des paralysies puerpérales, 1872.

CHARRIN et LEPLAY. — Le rôle pathologique des poisons de l'intestin, 23 nov. 1904.

CHURCHILL. — Traité pratique des maladies de femmes (trad. Leblond), 1881.

COLLET. — Rapport sur l'anosmie à la Société de laryngologie, congrès 1899.

DARCY. — De l'hémiplégie puerpérale. Th. Paris, 1877.

DÉJERINE. — Sémiologie du système nerveux in Traité de Pathologie générale de Bouchard. Tome V.

DÉJERINE-KLUMPKE (Mme). — Des polynévrites en général et des paralysies saturnines en particulier. Th. Paris, 1889.

DESMARRES. — Traité des maladies des yeux. Maladies de la rétine observées pendant la grossesse et la parturition, t. III, p. 501.

DIEULAFOY. — Traité de pathologie interne. Tome II.

EULENBURG. — « Ueber puerperale Neuritis und Polyneuritis ». Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1895.

ETTLINGER. — Des polynévrites. Gaz. des hôp., 1895.

EVRARD. — Des polynévrites blennorrhagiques. Th. Paris, 1904.

FANO. — Troubles de la vision chez les femmes enceintes. Journ. d'oc., 1883, t. XI, p. 3.

FROGÉ. — Etude de pathogénie sur quelques troubles de la grossesse. Th. Paris, 1868.

GALEZOWSKI. — Traité des maladies des yeux. 3e éd., p. 619, Paris, 1888.

GALLAVARDIN. — Polynévrite survenue au cours de la grossesse. Lyon méd., 1868.

GENDRON. — Etude sur quelques cas d'affections oculaires d'origine utérine. Thèse, Paris, 1890.

HAMON DU FRESNAY. — Un cas de cécité absolue et soudaine chez une hystérique pendant la grossesse. Gaz. des hôp., 1889.

HERVIEUX. — Traité des maladies puerpérales, 1870.

IMBERT-GOUBEYRE. — Des paralysies puerpérales. Mém. ac. de méd., 1861, t. XXV, 1 à 76.

JACCOUD. — Des paraplégies, Paris, 1864.

JOHANNSEN. — « Beitrag zur polyneuritis in graviditate ». Münchner medizinische Wochenschrift, 1896.

JOLLY. — Paraplégie de la grossesse. Neurol. Centr. Bl. 1885 nº 13.

KORSAKOW. — « Ueber eine besondere. Form. psychischer Storung Kombiniret mit multipler Neuritis » Archiv. für. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, 1890.

KORSAKOW UND SERBSKI. — « Ein Fall von polyneuritischer Psychose mit autopsie » Archiv für. Psychiatrie und Nervenheilkunde, 1882.

KOSTER. — « Ueber puerperale Neuritis » Münchner. Medizinische Wochenschrift, 1896.

KRAPELIN. — « Lehrbuch der Psychiatrie ». Sechste auflage, 1899.

LAMY. — Paralysie post-puerpérale par névrite périphérique ». Revue neurolog.

Referiert im Jahres bericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburthilfe und gynakologie. 1896.

LANDOUZY. — Des paralysies dans les maladies aiguës Th. d'agrégation, 1880.

LECORCHÉ. — De l'altération de la vision dans la néphrite albumineuse. Thèse, Paris, 1858.

LE MASSON. — Ictères et colique hépatique chez les femmes en état de p. Th. Paris, 1898.

LEREBOULLET. — Névrites. Dict. Dechambre.

LEVEN. — Sur quelques désordres du système nerveux accompagnant la grossesse et la parturition (Ann. d'oc. 1848, t. XIX).

LEYDEN.— Maladies de la moelle épinière, 1879. (Trad. franç).

LUNZ. —« Ueber Polyneuritis puerperalis ». Deutsche medizinische Wochenschrift, 1894.

MADER. —« Ueber Polyneuritis peripherica puerperarum et gravidarum ». Wiener Klinische. Wochenschrift, 1895.

MANN. — Ueber polyneuritis in graviditate und in puerperio. Inaug-Dissert, Leipzig, 1901.

MARINGE. — Des paralysies puerpérales. Th. Paris, 1867.

METAXAS. — Des troubles oculaires dans la grossesse et l'accouchement. Thèse Paris, 1882.

MÖBIUS. — Ueber neuritis puerperalis (Münch. Med. Wochenschrift, 1887).

— Beitrag zur Lehre von der Neuritis puerperalis ebenda, 1900.

— Weitere Fâlle von Neuritis puerperalis ebenda, 1892.

MONGERI. — Nerveuer Krankungers und Schwangerschaft. A. Allg. Ztschrf. psychiat. Berl., 1901.

OPPENHEIM. — Lehrbuch der Nervenkrankheiten, II, Auflage, 1898.

PARGOIRE. — De la menstruation en pathologie oculaire. Th. Paris, 1892,

A. PITRES et L. VAILLARD. — Névrites et polynévrites, in Traité de méd. et de thérap. de Brouardel et Gilb ert.

A. PITRES. — Des névrites périphériques chez les tuberculeux. Rev. de Méd., 1886.

PUTNAM. — The relation of pregnancy to nervans diseases. An. M. quart N.-Y, 1900, I, 512-517.

REMAK und FLATAU. — Neuritis und Polyneuritis, Nothnagel's specielle Pathologie u. Therapie. 1900.

REYNAUDS. — Periphere Neuritis der Schwangern und Wôchnerinnen- Britich Med. Journal, 1897. Referiert im gynäkologischen centralblatt. Bd 25.

A. RIBEMONT-DESSAIGNES et G. LEPAGE. — Précis d'obstétrique (cinquième édition, 1900).

SANGER. — « Ueber neuritis puerperalis ». Mi Heilungen aus den Hamburger Staatskranken anstalten. Referiert im Neurologischen centralblatt, 1898.

SCHANZ. — Ueber die Beteiligung des opticus bei der puerperalen Polyneuritis. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1896.

SILEX. — Amblyopie und amaurose, bei Schwangeren Gebärenden und wochnerinnen. Monatschrift Geburtshülfe 1897, t. V, p. 373.

SIREDEY. — Maladies puerpérales, 1884.

SOLOWJEFF. — Med. oboz, 1892, tome XXXVIII, cité par Vinay, Stembo. Bayle. Semaine médicale, 1892, p. 412.

SOTTAS. — Polynévrite puerpérale, Gaz. Hôp., 1892.

STEMBO. — Ein Fall von Schwangerschafts polyneuritis nach unstillbarem Erbrechen. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1895.

TANNER. — Signs and Dis. of Pregnancy London, 1867.

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, tomes II et III.

TEILLAIS. — De quelques hémorrhagies oculaires pendant la grossesse. Journal de méd. de l'Ouest, 1886, t. XX, p. 158.

TUILANT. — De la névrite puerpérale. Thèse Paris, 1891.

VALUDE. — Atrophie optique durant la grossesse. Ann. d'oc. avril 1892.

VINAY. — Traité des maladies de la grossesse, 1894.

WINDSCHEID. — Neuropathologie und Gynäkologie. Berlin, S. Karger Verlag.

WINDSCHEID. — Neuritis gravidarum und puerperalis. Gräfes Sammlung swanglose Abhanlungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshülfe, 1898. Band II.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.